



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

O consumo de substâncias psicoactivas, a saúde e a saúde mental numa amostra de reclusos

Ana Mónica Marinho

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em

Medicina

Ciclo de estudo Integrado

Orientador: Prof. Doutor Paulo Vitória

Covilhã, Maio de 2011

**Dedico este trabalho aos meus pais pelo incentivo na busca de um mundo
mais justo**

Agradecimentos

Esta pesquisa insere-se no longo diálogo dos saberes e também na singularidade da minha história, obra compartilhada com várias pessoas, que fazem parte dos bons encontros que a vida nos propicia e às quais aqui agradeço.

Aos meus pais por me terem acompanhado sempre na “dor e alegria”, por me ensinarem sempre tanto da vida e por nunca deixarem de apoiar as minhas ideias.

Ao Hígor, companheiro querido com quem tenho aprendido uma “sustentável leveza do ser”!

À Ana Luísa, Beatriz e Stephanie, com quem tenho compartilhado cada pedaço da vida académica. Obrigada pelo enorme apoio e confiança.

À Gisela e à Soraia por mesmo distantes, estarem sempre presentes.

À Rita pelo suporte neste trabalho assim como em todos os outros que a vida nos dá.

À Professora Célia Teresa Santiago, por ter aceite ajudar-me sem qualquer hesitação e pelos valiosos ensinamentos do mundo da estatística, tão longínquo para mim.

Ao Prof. Doutor Paulo Vitória, pela enorme paciência e disponibilidade.

Aos funcionários dos Estabelecimentos Prisionais, por se mostrarem tão disponíveis e por me terem apresentado, sem qualquer hesitação, um universo que há muito ansiava descobrir.

Resumo

Este trabalho teve como principal objectivo o estudo da inter-relação entre o consumo de substâncias psicoactivas e a saúde / saúde mental numa amostra de reclusos de dois Estabelecimentos Prisionais do sistema prisional português.

Realizou-se um estudo descritivo transversal com aplicação de um questionário constituído por 4 secções: a) dados sócio-demográficos; b) avaliação da saúde através do EQ e da saúde mental através do CORE-OM; c) avaliação do consumo / dependência de substâncias psicoactivas (tabaco, álcool, drogas ilegais) e d) grau de informação / consciência relativamente às consequências do consumo destas substâncias.

A amostra incluiu 60 reclusos do sexo masculino e maiores de 18 anos (média de idade = 38,45, desvio padrão = 10,99).

Os resultados indicaram que a maioria dos participantes consumia substâncias psicoactivas. O tabaco foi a substância mais consumida (78,33%), seguido pelo álcool (68,97%) e pelas drogas ilegais (65,00%).

A auto-avaliação da saúde através do EQ-VAS foi razoável (valor absoluto = 78,37 numa escala de 0 a 100) e a grande maioria dos participantes auto-avaliou-se sem problemas nas cinco dimensões do EQ-5d. Na saúde mental, avaliada pelo CORE-OM, a maioria (68,30%) dos participantes manifesta um grau de afectação de ligeiro (inclusive) a moderado. Os resultados de nível bom apenas se verificaram em 13,33% dos participantes.

A auto-avaliação de saúde, pelo EQ-VAS, foi superior nos consumidores de álcool (81) com risco de alcoolismo (90) e/ou com provável dependência e problemas associadas ao consumo de álcool (86) bem como, naqueles com dependência média da nicotina (81). A auto-avaliação da saúde mental pelo CORE-OM foi considerada boa, principalmente, nos indivíduos com alta dependência da nicotina (28,60%) e naqueles sem risco de alcoolismo (22,70%). O pior grau de afectação de saúde mental registou-se maioritariamente nos reclusos com maior dependência de álcool (44,40%) e nos consumidores de drogas ilegais (20,50%). Os resultados do CORE-OM na população geral foram melhores do que os observados na amostra deste estudo, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Este estudo aponta para a necessidade de melhor compreensão das causas e das consequências das altas prevalências do consumo de substâncias psicoactivas nos reclusos, assim como da eventualmente falsa percepção de uma melhor saúde nos consumidores de substâncias psicoactivas. Espera-se que os resultados apresentados encorajem intervenções de saúde pública, na medida em que a pena de prisão pode ser uma oportunidade privilegiada para um tratamento adequado de diversos problemas de saúde, incluindo o abuso e dependência de substâncias.

Palavras-chave

Consumo de substâncias psicoactivas, dependência, saúde, saúde mental, reclusos.

Abstract

The main objective of this Project was to study the interrelationship between the consumption of psychoactive substances and health / mental health in a sample of inmates from two Portuguese establishments.

A cross sectional study was conducted with the application of a survey comprising four sections: a) socio-demographic data, b) assessment of health by the EQ and mental health through the CORE-OM; c) evaluation of consumption / dependence of psychoactive substances (tobacco, alcohol and illegal drugs) and d) degree of information / awareness regarding the consequences of consumption of these substances.

The sample included 60 male inmates older than 18 years old (mean age = 38,45, SD = 10,99).

The results indicated that most participants consumed psychoactive substances. Tobacco was the most consumed substance (78,33%), followed by alcohol (68,97%) and by illegal drugs (65,00%).

Self-rated health by EQ-VAS was reasonable (absolute value = 78,37 on a scale of 0 to 100) and the vast majority of participants self-assessed themselves without problems in the five dimensions of EQ-5D.

The mental health assessed by the CORE-OM was mostly presented (68,30%) from a mild to a moderate degree of allocation. The results of good level only occurred in 13,33% of participants. Self-rated health by EQ-VAS was higher in inmates consuming alcohol (81) with risk of alcoholism (90) and / or probable dependence and problems associated with alcohol consumption (86) and those with average nicotine dependence (81). The best CORE-OM's results occurred in individuals with high levels of nicotine dependence (28,60%) and those without risk of alcoholism (22,70%). The worst level of mental health was present mostly in alcohol consumers with higher alcohol dependence (44,40%) as well as on illegal drugs consumers (20,50%). The results of the CORE-OM in the general population were higher than those observed in our sample, but this difference was not statistically significant.

This study highlights the need for a better understanding of the causes and consequences of the high prevalence of consumption of psychoactive substances on the inmates, as well as the possibly false perception of better health for those who consume psychoactive substances. It is hoped that the results presented encourage public health interventions because jail time can be a good opportunity for an adequate treatment for various problems such as Substance abuse and dependence.

Keywords

Psychoactive substance use, addiction, health, mental health, inmates.

Índice

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
Palavras chave	viii
ABSTRACT	x
Keywords	xi
Lista de Gráficos	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Ilustrações	xix
Lista de Acrónimos	xxi
Introdução	23
Metodologia	
1. Caracterização do estudo	27
2. Amostra	27
3. Procedimento e questionário	27
4. Análise dos dados	29
Resultados	
1. Análise descritiva da amostra	30
2. Testes de hipóteses	47
Discussão	53
Reflexão final	56
Sugestões para trabalhos futuros	57
Referências	59
Anexo	64

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Distribuição dos participantes segundo a variável <i>idade</i>	30
Gráfico 2	Distribuição dos participantes segundo a variável <i>escolaridade</i>	31
Gráfico 3	Distribuição dos participantes segundo a variável <i>consumo de tabaco</i>	31
Gráfico 4	Distribuição da variável <i>consumo de tabaco</i> por <i>idade</i>	32
Gráfico 5	Distribuição da variável <i>consumo de tabaco</i> por <i>escolaridade</i>	33
Gráfico 6	Distribuição da variável <i>dependência tabágica</i>	33
Gráfico 7	Distribuição dos participantes segundo a variável <i>consumo de álcool</i>	35
Gráfico 8	Distribuição da variável <i>consumo de álcool</i> por <i>idade</i>	35
Gráfico 9	Distribuição da variável <i>consumo de álcool</i> por <i>escolaridade</i>	36
Gráfico 10	Distribuição da variável <i>risco de dependência alcoólica</i>	37
Gráfico 11	Distribuição dos participantes segundo a variável <i>consumo de drogas ilegais</i> alguma vez na vida	39
Gráfico 12	Distribuição da variável <i>consumo de drogas ilegais</i> alguma vez na vida por <i>idade</i>	39
Gráfico 13	Distribuição da variável <i>consumo de drogas ilegais</i> alguma vez na vida por <i>escolaridade</i>	40
Gráfico 14	Distribuição dos participantes de acordo com as diferentes <i>drogas ilegais</i>	40
Gráfico 15	Distribuição de médias da variável <i>EQ-VAS</i> por <i>idade</i>	43
Gráfico 16	Distribuição de médias da variável <i>EQ-VAS</i> por <i>escolaridade</i>	44
Gráfico 17	Distribuição de frequências da variável <i>CORE-OM</i>	44

Lista de Tabelas

Tabela 1	Medidas de tendência central e de dispersão da variável <i>idade</i>	30
Tabela 2	Tabela de Contingência: <i>grau de dependência da nicotina e idade</i>	34
Tabela 3	Tabela de Contingência: <i>grau de dependência da nicotina e escolaridade</i>	34
Tabela 4	Tabela de Contingência: risco de <i>dependência de álcool e idade</i>	38
Tabela 5	Tabela de Contingência: risco de <i>dependência de álcool por escolaridade</i>	38
Tabela 6	Tabela de Contingência: <i>EQ- 5d e Idade</i>	41
Tabela 7	Tabela de Contingência: <i>EQ- 5d por Escolaridade</i>	42
Tabela 8	Medidas de tendência central e de dispersão da variável <i>EQ-VAS</i>	43
Tabela 9	Tabela de Contingência: <i>CORE-OM e idade</i>	45
Tabela 10	Tabela de Contingência: <i>CORE-OM e escolaridade</i>	45
Tabela 11	Distribuição de frequências relativa à avaliação da <i>consciência/informação das consequências negativas das substâncias psicoactivas</i>	46
Tabela 12	<i>Consumo de tabaco e CORE-OM</i>	47
Tabela 13	<i>Dependência tabágica e CORE-OM</i>	48
Tabela 14	<i>Consumo de álcool e CORE-OM</i>	49
Tabela 15	<i>AUDIT e CORE-OM</i>	50
Tabela 16	<i>Consumo de drogas ilegais e CORE-OM</i>	51
Tabela 17	Resultado do <i>CORE-OM na população geral e na da prisão</i>	52

Lista de Ilustrações

Ilustração 1	Média do resultado do <i>EQ- VAS</i> em relação ao <i>consumo de tabaco</i>	47
Ilustração 2	Média do resultado do <i>EQ- VAS</i> em relação ao resultado do <i>FTQ</i>	48
Ilustração 3	Média do resultado do <i>EQ- VAS</i> em relação ao <i>consumo de álcool</i>	49
Ilustração 4	Média do resultado do <i>EQ- VAS</i> em relação ao resultado do <i>AUDIT</i>	50
Ilustração 5	Média do resultado do <i>EQ- VAS</i> em relação ao <i>consumo de drogas</i>	51

Lista de Acrónimos

AUDIT	Teste de Identificação de transtornos associados ao álcool
CAT	Centro de apoio à toxicodependência
CORE-OM	Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EP	Estabelecimento prisional
EQ	Questionário de Saúde EuroQol
EQ- 5d	Questionário de Saúde EuroQol- 5 dimensões
EQ- VAS	Questionário de Saúde EuroQol - escala análoga vertical
FTQ	Teste de dependência da nicotina de Fagerström
OMS	Organização Mundial de Saúde

Introdução

*Nada na vida deve ser temido, somente compreendido.
Agora é hora de compreender mais para temer menos.*

(Marie Curie)

A Organização Mundial de Saúde reconheceu a importância da saúde mental, nomeadamente, através da definição de saúde incluída no documento da sua Constituição. Neste documento, saúde é definida como “*não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” mas como “*o estado de completo bem-estar físico, mental e social*”. [1]

A nível mundial, cerca de 20% a 25% da população sofrerá, em algum momento da sua vida, de alguma perturbação mental. Os transtornos mentais ou comportamentais são definidos como condições clínicas com alterações do pensamento, das emoções ou do comportamento, que provocam sofrimento e/ou comprometem o funcionamento de uma ou mais áreas da vida nos planos físico, mental e social. [2]

Um dos problemas mais relevantes na esfera da saúde mental é o abuso e a dependência de substâncias. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, para que o critério de abuso de uma substância seja preenchido, o consumo deve “*ter ocorrido de forma repetida ou ter-se mostrado persistente durante 12 meses. Pode existir incapacidade persistente para cumprir obrigações importantes, consumo repetido em situações em que é fisicamente perigoso fazê-lo, problemas legais múltiplos e conflitos sociais e interpessoais recorrentes.*” A dependência é definida como a “*presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a utilizar uma substância, apesar dos problemas significativos que resultam desse consumo.*” [3]

Na Europa, o consumo de tabaco representa 12,3% do fardo de doenças avaliado em DALYs - Disability-Adjusted Life Years. [4] Em 2005, 19,7% dos portugueses residentes em Portugal com mais de 10 anos eram fumadores, destes 89,3% faziam-no diariamente. [5] O grupo etário com maior número de fumadores era o dos 35 aos 44 anos (44,6%). Em 2010, quase um terço dos cidadãos da União Europeia (29%) fumavam, cerca de metade nunca fumou e os restantes deixaram de fumar (22%). [6] A faixa etária dos 25-30 anos apresentava a maior prevalência de fumadores (37%). Em comparação com a população em geral, o consumo de tabaco nos doentes psiquiátricos revelou-se muito superior (valores na ordem 80%). [7]

O consumo de álcool na Europa corresponde a 10,1% das doenças preveníveis, avaliado em DALYs - Disability-Adjusted Life Years. [4] Em Portugal, em 2005, verificou-se que 53,2% dos residentes tinha bebido pelo menos uma bebida alcoólica ao longo do ano anterior. [5]

Um outro estudo, feito em 2006, revelou que 5% dos homens europeus com mais de 15 anos são dependentes de álcool. [8] Transtornos relacionados com o álcool estão frequentemente associados a diagnósticos psiquiátricos, como a depressão *major* (atingindo 30 a 40% das pessoas com perturbações alcoólicas) e os transtornos de ansiedade (entre 20 e 50%). A prevalência de suicídio entre pessoas com transtornos relacionados com o álcool varia de 10 a 15%, embora o uso em si possa estar envolvido numa percentagem muito mais alta de suicídios. [9]

Segundo um estudo realizado em 2007, 12% dos portugueses experimentaram pelo menos uma droga ilegal durante a sua vida. A substância mais consumida foi a cannabis (11,7%). As anfetaminas, o LSD e os alucinogénios apresentaram uma prevalência de consumo ao longo da vida inferior a 1%. [10] O consumo de drogas ilegais é outro problema associado a perturbações de foro psiquiátrico. Um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que 53% dos indivíduos com transtornos relacionados com o consumo de drogas ilícitas apresentam outra patologia mental associada. [11]

Apesar destes dados, na maior parte do mundo, a saúde mental, assim como as perturbações mentais, não são vistas com a mesma importância que é atribuída à saúde física. Hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, mas apenas uma minoria recebe algum tratamento básico. Globalmente, a maioria, além de vitimizada pela sua doença, ainda se torna alvo de estigma e discriminação. [12]

No mundo presidiário, sabe-se que são elevadas as prevalências de perturbações mentais e de doenças transmissíveis. [13] As condições de vida nas prisões contribuem para esta reduzida saúde mental dos reclusos, sujeitos à violência, à falta de privacidade, à escassez de actividades estimulantes, ao isolamento da família e dos amigos, à incerteza quanto à vida depois da pena, à lotação de pessoas dentro da prisão e à falta de serviços adequados de saúde. O impacto destas condições é ainda maior nos reclusos com outros problemas psiquiátricos como a esquizofrenia, a doença bipolar, a depressão major. [14]

As prisões são hoje um dos principais depositários de pessoas que necessitam sobretudo ou também de cuidados psiquiátricos. [15] Um estudo realizado em Inglaterra indica que 72% dos homens presos apresentam duas ou mais perturbações mentais e que 62% quando sentenciados já apresentavam perturbações. [16] A acrescentar a estes dados, verifica-se que os reclusos apresentam grande prevalência de hábitos tabágicos. Um estudo publicado em Fevereiro de 2011, feito nos Estados Unidos, Austrália e Europa, verificou que a prevalência de fumadores entre os detidos se situa entre 64 e 91,8%, e pode ser três vezes superior à da população geral. [17] Um estudo com reclusos do estado Minnesota nos Estados Unidos, verificou que a dependência de álcool é o transtorno por uso de substância mais prevalente nas prisões (29%). [18] Embora a investigação já realizada tenha concluído que é difícil encontrar uma relação causal clara entre o consumo de álcool e a criminalidade violenta, a British Medical Association estima que, em 65% dos homicídios, 75% dos esfaqueamentos, 70%

dos assaltos e metade de todas as agressões domésticas, o infractor ou a vítima tinham consumido álcool. [19] Comparada com a comunidade em geral, o uso de drogas continua a ser muito mais frequente na população prisional europeia. Um estudo realizado em 2007 nas prisões portuguesas, revelou que 63,6% dos reclusos consomem drogas ilegais, dos quais, ao longo da vida, 87,3% consumiram cannabis e 54,4 % heroína. [20]

Apesar do quadro que acabámos de traçar, os estudos sobre a saúde mental dos reclusos são raros. [21] É urgente apostar mais em projectos de investigação que caracterizem melhor a situação e que fundamentem medidas a adoptar no sentido da melhoria dos cuidados médicos, da educação para a saúde e de sistemas de apoio nos Estabelecimentos Prisionais (EPs).

Neste estudo, para avaliar o consumo e a dependência de tabaco, utilizou-se o Teste de dependência da nicotina de Fagerström (FTQ). Este instrumento apesar de não estar validado para a população portuguesa e de apenas avaliar a dependência física da nicotina, é um teste de aplicação rápida e fácil, validado internacionalmente e utilizado frequentemente para estabelecer o plano de tratamento mais adequado para o fumador. [22] Para estudar o consumo e risco de dependência de álcool foi utilizado o Teste de Identificação de transtornos associados ao álcool (AUDIT), um instrumento desenvolvido pela OMS. [23]

A avaliação da saúde foi realizada através do Questionário de Saúde EuroQol (EQ) que é um instrumento simples, curto e de fácil resposta e, que permite comparações entre vários países. [24] A saúde mental foi avaliada através do questionário CORE-OM. Este teste apresenta boas propriedades psicométricas e utilidade considerável tanto para avaliações clínicas, como para iniciativas governamentais. [25] Este estudo irá contribuir para um estudo mais amplo com a finalidade de validar o CORE-OM em Portugal.

Os objectivos específicos deste trabalho são:

- 1) Descrever o consumo, abuso e dependência de substâncias psicoactivas numa amostra de reclusos, assim como a auto-avaliação do estado de saúde e de saúde mental nesta amostra.
- 2) Analisar a relação do consumo, abuso e dependência de substâncias psicoactivas com a auto-avaliação do estado de saúde e de saúde mental.
- 3) Avaliar o grau de informação / consciência sobre as consequências do consumo das substâncias psicoactivas.

Tendo como base os objectivos definidos, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

1ª Hipótese: Os indivíduos mais novos apresentam:

- a) maior consumo de tabaco
- b) maior grau de dependência da nicotina
- c) maior consumo de álcool
- d) maior grau de dependência alcoólica
- e) maior consumo de drogas ilegais
- f) melhor auto avaliação do estado de saúde

2ª Hipótese: Os indivíduos com baixa escolaridade apresentam:

- a) maior consumo de tabaco
- b) maior grau de dependência da nicotina
- c) maior consumo de álcool
- d) maior grau de dependência alcoólica
- e) maior consumo de drogas ilegais

3ª Hipótese: Os participantes com pior auto-avaliação da saúde são os:

- a) fumadores
- b) mais dependentes da nicotina
- c) consumidores de álcool
- d) com maior risco de dependência alcoólica
- e) consumidores de drogas

4ª Hipótese: Os reclusos apresentam pior auto-avaliação da saúde mental que a população em geral.

Materiais e Métodos

1. Caracterização do estudo

Estudo tipo observacional, transversal, baseado numa metodologia quantitativa. Procedeu-se à recolha e à análise dos dados de forma sistemática, com o intuito de caracterizar a relação entre o consumo de substâncias e a auto-avaliação da saúde e da saúde mental numa amostra de reclusos de dois estabelecimentos do sistema prisional português.

2. Amostra

A população deste estudo é constituída pelos 185 reclusos de dois Estabelecimentos Prisionais (EPs). A amostra incluiu 60 reclusos (32,00% da população dos dois EPs) que se disponibilizaram a participar neste projecto, de forma voluntária, depois de lhes explicada a temática do estudo. Todos os indivíduos são do sexo masculino e têm idades compreendidas entre os 22 e os 64 anos (média de idade= 38,45, DP= 10,99). Dos 60 questionários recolhidos, 6 não estavam completamente respondidos no instrumento CORE-OM pelo que, nestes casos as respostas em falta foram substituídas pela mediana da amostra.

3. Procedimento e questionário

A recolha de dados foi feita através de um questionário anónimo de auto-resposta (Anexo 1). A participação era voluntária e as respostas confidenciais. O questionário foi aplicado em dois EPs do sistema prisional português no mês de Maio de 2010.

O questionário era constituído pelas seguintes secções:

Dados sócio-demográficos: constituído por duas questões: idade e grau de escolaridade. Em algumas análises a idade foi recodificada em dois grupos etários: dos 18 aos 35 anos e maiores de 35 anos. O grau de escolaridade inclui as seguintes categorias: não sabe ler e escrever, sabe ler e escrever, 1º ciclo do ensino básico, 2º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior. Em algumas análises esta variável foi recodificada em 3 categorias: até ao 1º ciclo de ensino básico, 2º ciclo de ensino básico e ensino secundário ou universitário.

Teste de dependência da nicotina de Fagerström (FTQ): É um teste aplicado para estimar o grau de dependência da nicotina. O questionário fundamenta-se em seis suposições que são o reflexo do comportamento relativo ao fumo, independentemente das interpretações pessoais. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do grau de dependência da nicotina que pode ser: baixo (de 0 a 3), médio (4 a 6) e alto (superior a 7). [26]

Teste de Identificação de transtornos associados ao álcool (AUDIT): É um instrumento composto por 10 itens que avaliam o consumo de álcool do sujeito, assim como os problemas derivados deste. É de fácil aplicação e correcção e com validação transcultural. O AUDIT é utilizado para acções de prevenção realizadas em diferentes serviços e contextos. Cada item do teste tem critérios operativos especificados para assinalar as pontuações correspondentes. Obtêm-se a pontuação total somando as pontuações dos 10 itens. O valor das respostas a cada item oscila entre 0 a 4 e a pontuação total entre 0 a 40. A pontuação total é interpretada em função de três categorias: sem problemas (pontuação de 0 a 7); com risco de alcoolismo (8 a 12) e com problemas físicos-psíquicos com a bebida e provável dependência alcoólica (de 13 a 50).

Consumo de drogas ilegais: Constituído por questões sobre o consumo, alguma vez na vida, das seguintes substâncias: Cocaína, Ecstasy, Haxixe, Heroína, LSD e Marijuana.

Grau de informação / consciência relativa às consequências do consumo de substâncias: Constituído por questões sobre o grau de informação das consequências do consumo de tabaco, álcool e drogas ilegais. Em cada item as opções de resposta foram: “Não têm consequências maléficas para a saúde”, “Não tenho a certeza das consequências que poderão ter para a saúde” e “Têm consequências maléficas para a saúde”.

Questionário de Saúde EuroQol (EQ): É um instrumento padronizado e genérico para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. É formado por duas partes: a primeira avalia 5 dimensões: mobilidade, cuidado pessoal, actividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/ depressão. Em cada dimensão descrevem-se 3 estados dos quais o participante deve escolher o que melhor reflecte a sua situação. Esses 3 estados descrevem ausência de problemas nessa dimensão (0 ponto), problemas moderados (1 ponto) e problemas graves (2 pontos). A segunda parte consiste numa escala analógica visual representada segundo uma linha vertical de 20 cm e graduada de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável). O participante irá assinalar nessa escala o ponto que melhor representa o seu estado de saúde global no dia da entrevista. [27]

Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM): É um questionário que inclui 34 itens referentes a quatro dimensões: bem-estar subjectivo (quatro itens), problemas/sintomas (doze itens), funcionamento geral (doze itens) e risco para o próprio ou para os outros (seis itens). Estes itens são avaliados numa escala de cinco pontos, que traduzem a frequência desde “Nunca” até “Sempre, ou quase sempre”. Na maioria dos casos, a pontuação mais alta corresponde a maior número de problemas. No entanto, para aumentar a sensibilidade do teste, a escala é invertida em 25% dos itens, onde a pontuação mais alta corresponde ao “nunca”. [28] Neste estudo os dados obtidos por este instrumento serão comparados com a informação existente para a população portuguesa em geral.

4. Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados no software Statistical Package for Social Sciences® (SPSS - versão 15.0 para Windows).

A amostra foi analisada através de técnicas de estatística descritiva [frequências, percentagens, valores correspondentes ao valor mínimo, máximo, média, desvio padrão (DP) e mediana] e testes estatísticos (t de student, Qui-Quadrado e ANOVA).

Para avaliar a relação entre o estado de saúde e o consumo/ dependência das substâncias psicoactivas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, o teste t de Student e o teste ANOVA.

Nos testes estatísticos realizados, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

Resultados

Os resultados aqui apresentados têm como propósito dar resposta às questões e aos objectivos anteriormente enunciados.

1. Análise descritiva da amostra

1.1. Dados sócio-demográficos

1.1.1. Distribuição dos participantes por *idade*

Tabela 1- Medidas de tendência central e de dispersão da variável *idade*

Média	38,45
Mediana	36,50
Desvio padrão	10,99
Mínimo	22
Máximo	64

A idade média dos participantes é de 38,45 (DP=10,99) e a mediana é de 36,50, como representado na tabela 1. O participante mais novo tem 22 anos e o mais velho 64 anos.

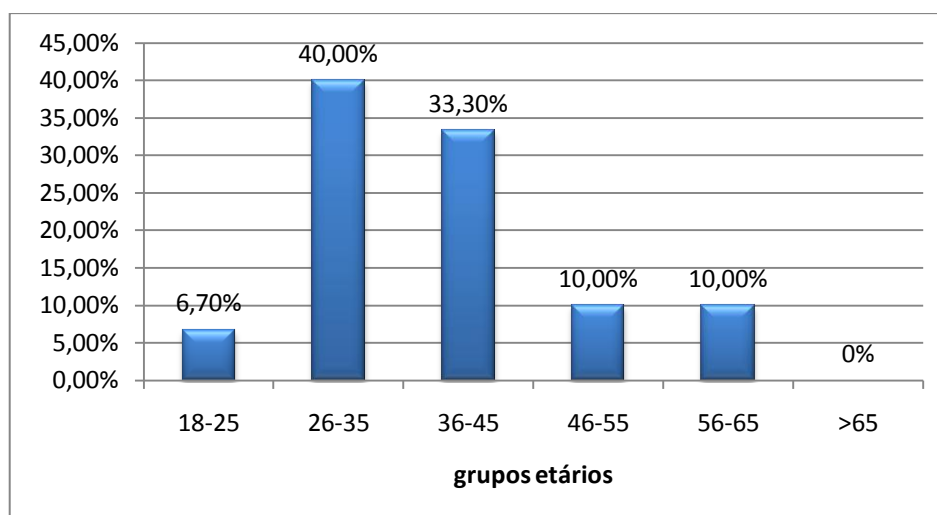


Gráfico 1 - Distribuição dos participantes segundo a variável *idade*

Da análise do gráfico 1, verifica-se que a maioria dos participantes situa-se nas faixas etárias dos 26 aos 35 e dos 36 aos 45 anos. Observa-se uma grande predominância (80,00%) de idades inferiores ou igual a 45 anos.

1.1.2. Distribuição dos participantes por *escolaridade*

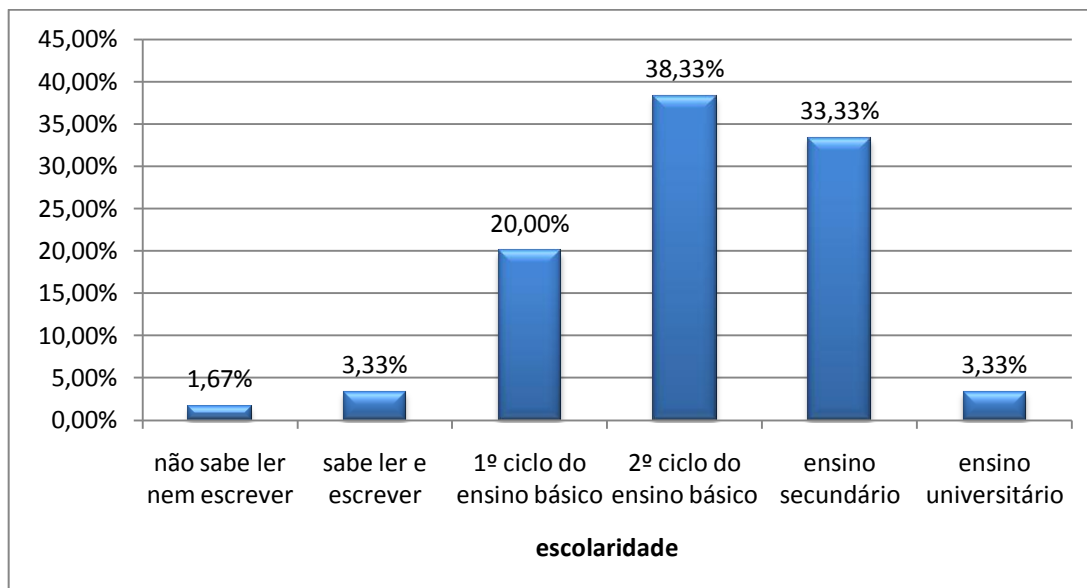


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo a variável *escolaridade*

No gráfico 2, constata-se que a maioria dos participantes apresenta algum grau de escolaridade: 38,33% tem o 2º ciclo do ensino básico, 33,33% o ensino secundário e 20,00% o 1º ciclo do ensino básico. Apenas 3,33% dos participantes concluiu o ensino superior, 3,33% sabe ler e escrever mas não tem qualquer escolaridade e 1,67% não sabe ler nem escrever.

1.2. Descrição do consumo de drogas psicoactivas

1.2.1. Consumo de *tabaco*

1.2.1.1. Distribuição dos participantes (*amostra total*)

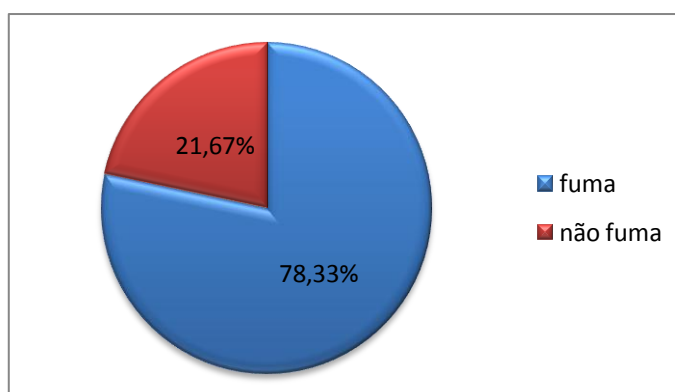


Gráfico 3 - Distribuição dos participantes segundo a variável *consumo de tabaco*

Verifica-se que, na amostra, a maioria (78,33%) dos participantes fuma.

1.2.1.2. Consumo de tabaco e idade

Como se verifica no gráfico 1, os indivíduos com idades superiores a 45 anos são em número reduzido, o que dificulta a análise dos dados. Assim realizou-se a divisão das idades em dois grupos etários: dos 18 aos 35 anos e com mais de 35 anos.



Gráfico 4- Distribuição da variável *consumo de tabaco* por idade

No gráfico 4, destaca-se que, entre os participantes pertencentes ao grupo etário dos 18 aos 35 anos, 85,71% são fumadores e na categoria das idades superiores a 35 anos essa percentagem é de 71,88%. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas [$\chi^2(1) = 1,69$, $p = 0,19$].

1.2.1.3. Consumo de tabaco e escolaridade

Tal como verificado na variável idade, algumas categorias da escolaridade apresentam poucos indivíduos, como a dos que não sabem ler nem escrever e a do ensino superior, o que condicionaria a análise dos dados. Por este motivo, a escolaridade foi categorizada nos seguintes níveis: até ao 1º ciclo do ensino básico (não sabe ler nem escrever, sabe ler e escrever e 1º ciclo do ensino básico), 2º ciclo do ensino básico e ensino secundário e universitário.

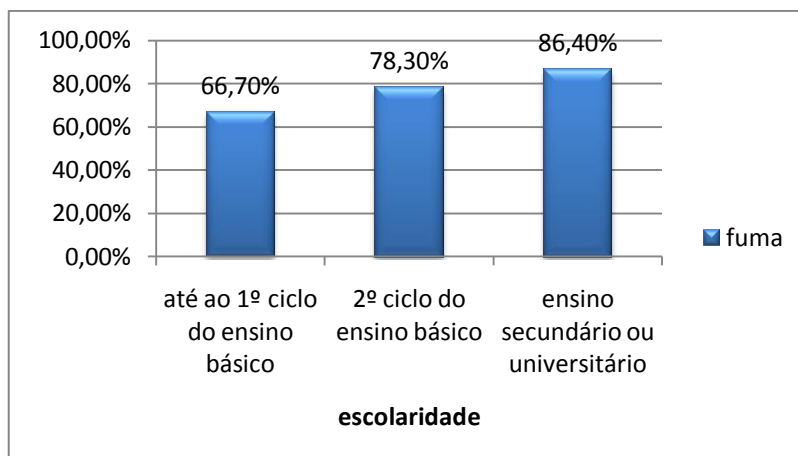


Gráfico 5- Distribuição da variável *consumo de tabaco* por *escolaridade*

Verifica-se que os participantes com ensino secundário ou universitário são os que têm prevalência mais alta de consumidores de tabaco (86,40%), seguindo-se os participantes com o 2º ciclo do ensino básico (78,30%) e, por último, os participantes com escolaridade até ao 1º ciclo do ensino básico (66,70%). Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas [$\chi^2 (2) = 2,04$, $p = 0,36$].

1.2.2. Dependência de nicotina

1.2.2.1. Distribuição dos participantes (*amostra total*)

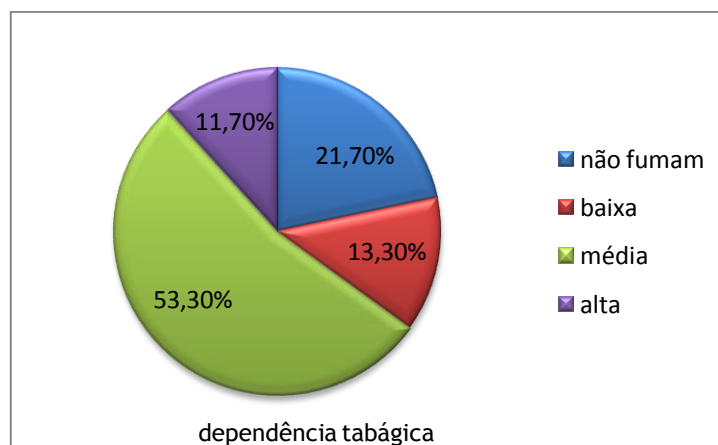


Gráfico 6- Distribuição da variável *dependência tabágica*

Através do Gráfico 6, verifica-se que a categoria com dependência média da nicotina é a que integra mais participantes (53,30%). O baixo grau de dependência da nicotina verificou-se em 13,30% dos fumadores e a dependência alta em apenas 11,70%.

1.2.2.2. Dependência de nicotina e idade

Tabela 2- Tabela de Contingência: grau de dependência da nicotina e idade

		Idade dos 18-35 f (%)	Idade superior a 35 anos f (%)
Dependência tabágica	Não fuma	4 (14,30)	9 (28,10)
	Baixa	3 (10,70)	5 (15,60)
	Média	17 (60,70)	15 (46,90)
	Alta	4 (14,30)	3 (9,40)
	Total coluna % Total amostra	28 (100,00) 46,70	32 (100,00) 53,30

De referir que nos dois grupos etários, o grau médio de dependência tabágica é o mais prevalente, representando 60,70% dos mais novos e 46,90% dos mais velhos. O grau de dependência elevada apresentou maior prevalência nos indivíduos mais novos (14,30%). Estatisticamente, não se verificam diferenças significativas entre dois subgrupos [X^2 (3) = 2,44, p = 0,49].

1.2.2.3. Dependência de nicotina e escolaridade

Tabela 3- Tabela de Contingência: grau de dependência da nicotina por escolaridade

		Até ao 1º ciclo do ensino básico f (%)	2º ciclo do ensino básico f (%)	Ensino secundário ou universitário f (%)
Dependência tabágica	Não fuma	5 (33,30)	5 (21,70)	3 (13,60)
	Baixa	5 (33,30)	0 (0,00)	3 (13,60)
	Média	4 (26,70)	14 (60,90)	14 (63,60)
	Alta	1 (6,70)	4 (17,40)	2 (9,10)
	Total coluna % Total amostra	15 (100,00) 25,00	23 (100,00) 38,30	22 (100,00) 36,70

Pode-se observar nesta tabela que os participantes com níveis de escolaridade até ao 1º ciclo do ensino básico apresentam preferencialmente dependência baixa da nicotina (33,30%). O nível médio de dependência da nicotina ocorre maioritariamente tanto nos participantes com o 2º ciclo do ensino básico (60,90%) como nos indivíduos com ensino secundário ou universitário (63,60%). Estas diferenças são estatisticamente significativas [X^2 (6) = 12,94, p = 0,04].

1.2.3. Consumo de álcool

1.2.3.1. Distribuição dos participantes (*amostra total*)

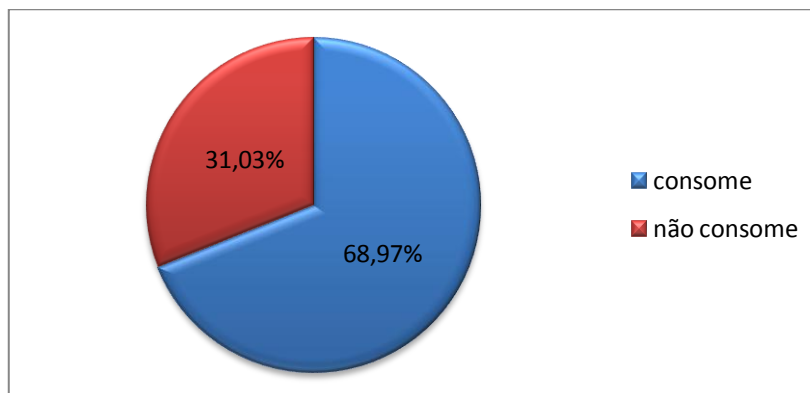


Gráfico 7- Distribuição dos participantes segundo a variável *consumo de álcool*

De referir que a maioria dos participantes (68,97%) consome álcool.

1.2.3.2. Consumo de álcool e idade

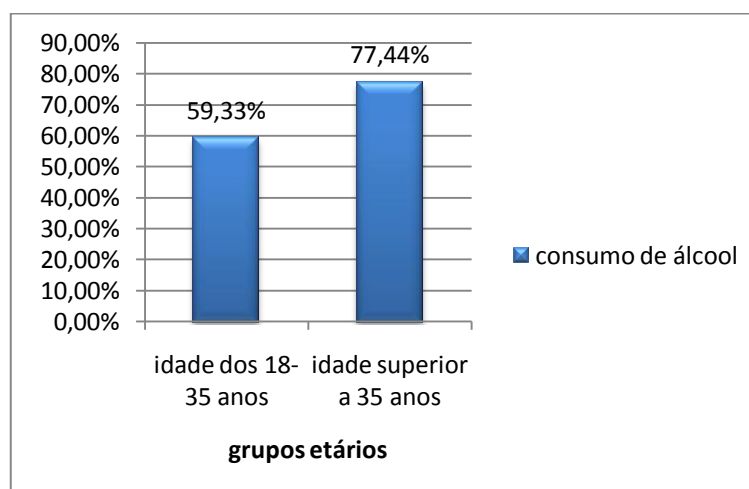


Gráfico 8- Distribuição da variável *consumo de álcool* por *idade*

De acordo com os valores apresentados no gráfico 8, verifica-se que, entre os participantes que pertencem ao grupo etário dos 18 aos 35 anos, 59,33% consome álcool e nos de idade superior a 35 anos essa percentagem é de 77,44%. No entanto, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas [$\chi^2 (1) = 2,2$, $p = 0,14$].

1.2.3.3. Consumo de álcool e escolaridade

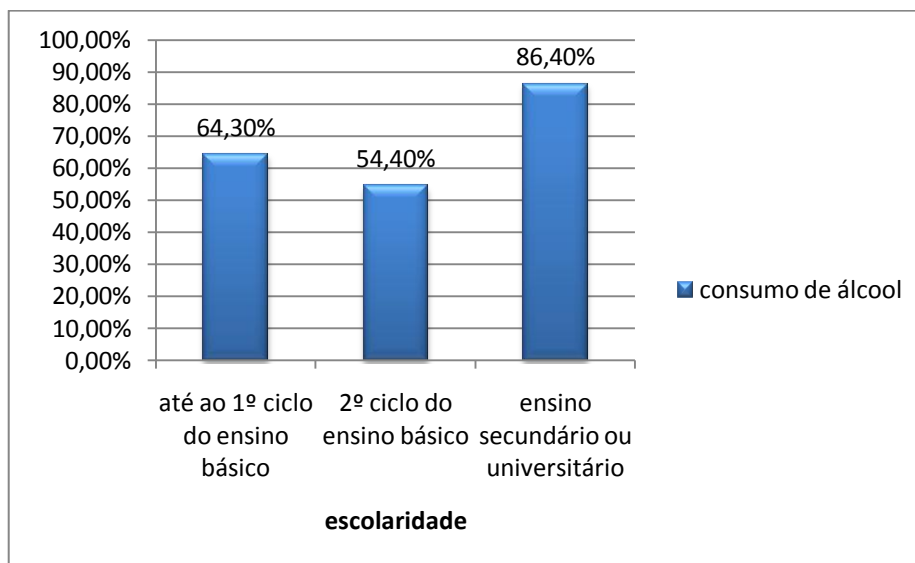


Gráfico 9- Distribuição da variável *consumo de álcool* por *escolaridade*

É de salientar que os participantes com ensino secundário ou universitário são os que apresentam prevalência mais alta de consumidores de álcool (86,40%), seguindo-se os com escolaridade até ao 1º ciclo do ensino básico (64,30%) e em menor percentagem os inquiridos com 2º ciclo de ensino básico (54,40%). Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, embora o valor de p esteja próximo dos 0,05 [$\chi^2 (2) = 5,39$, $p = 0,07$].

1.2.4. Risco de dependência de álcool

1.2.4.1. Distribuição dos participantes (*amostra total*)

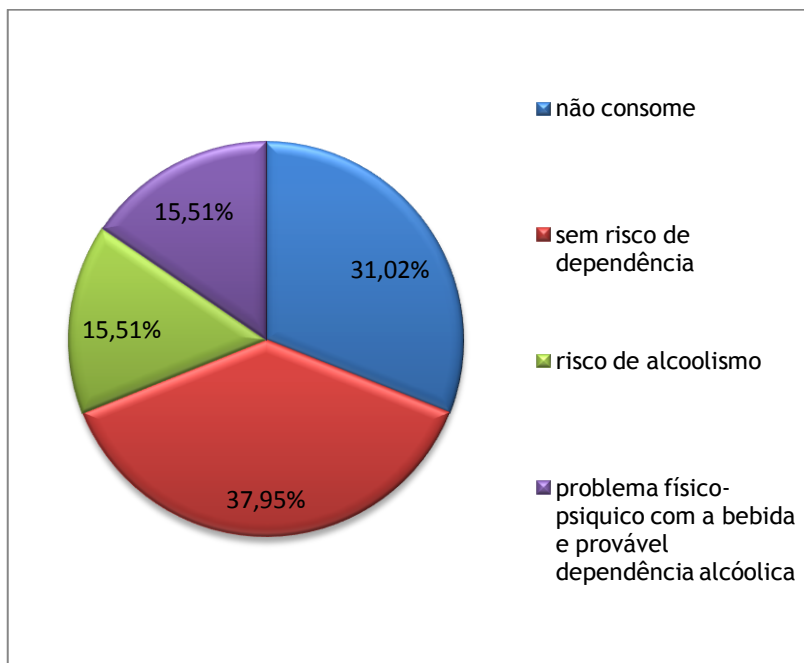


Gráfico 10- Distribuição da variável *risco de dependência alcoólica*

De destacar que é a categoria dos indivíduos que consomem sem risco de dependência a que integra mais participantes (37,95%). Com igual percentagem (15,51%) encontram-se duas categorias de indivíduos: os que revelam risco de alcoolismo e os que manifestam problemas físico-psíquicos relacionados com o consumo de álcool e provável situação de dependência alcoólica.

1.2.4.2. *Risco de dependência de álcool e idade*

Tabela 4- Tabela de Contingência: risco de dependência de álcool e idade

		Idade dos 18-35 f (%)	Idade superior a 35 anos f (%)
Risco de dependência alcoólica	Não consome	11 (40,70)	7 (22,60)
	Sem risco de dependência	7 (25,90)	15 (48,40)
	Risco de alcoolismo	5 (18,50)	4 (12,90)
	Problemas físico-psíquicos com o álcool e provável dependência alcoólica	4 (14,80)	5 (16,10)
	Total coluna % Total amostra	27 (100,00) 46,60	31 (100,00) 53,40

De destacar que, para os dois grupos etários, a categoria dos consumidores sem risco de dependência alcoólica é a que integra maior percentagem de participantes: 25,90% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos e 48,40% dos que têm mais de 35 anos. Os participantes mais velhos apresentam maior prevalência indivíduos (16,10%) com problemas físico-psíquicos relacionados com o álcool e provável dependência alcoólica. Também neste caso não se verificam diferenças significativas [$X^2(3) = 3,76$, $p = 0,29$].

1.2.4.3. *Risco de dependência de álcool e escolaridade*

Tabela 5- Tabela de Contingência: risco de dependência de álcool por escolaridade

		Até ao 1º ciclo do ensino básico f (%)	2º ciclo do ensino básico f (%)	Ensino secundário ou universitário f (%)
Risco de dependência alcoólica	Não consome	5 (35,70)	10 (45,50)	3 (13,60)
	Sem risco de dependência	4 (28,60)	7 (31,80)	11 (50,00)
	Risco de alcoolismo	1 (7,10)	3 (13,60)	5 (22,70)
	Problemas físico- psíquicos com a bebida e provável dependência alcoólica	4 (28,60)	2 (9,10)	3 (13,60)
	Total coluna % Total amostra	14 (100,00) 24,10	22 (100,00) 37,90	22 (100,00) 37,90

Neste caso, a maior percentagem de consumidores sem risco de dependência verificou-se nos participantes com o ensino secundário ou universitário (50,00%). A seguir, situam-se os que têm o 2º ciclo de ensino básico (31,80%). Por último, estão os que apresentam escolaridade até ao 1º ciclo do ensino básico (28,36%). Observa-se ainda neste último nível de

escolaridade a maior percentagem de indivíduos (28,60%) com problemas físico- psíquicos relacionados com a bebida e provável dependência alcoólica. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas [X^2 (6) = 8,70, p = 0,19].

1.2.5. Consumo de *drogas ilegais*

1.2.5.1 Distribuição dos participantes (*amostra total*)

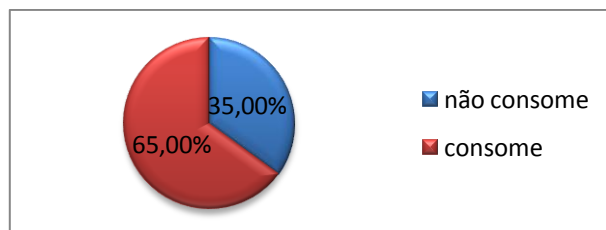


Gráfico 11- Distribuição dos participantes segundo a variável *consumo de drogas ilegais* alguma vez na vida

Destaca-se que a maioria dos participantes (65,00%) consumiu drogas ilegais alguma vez na vida.

1.2.5.2. Consumo de *drogas ilegais* e idade

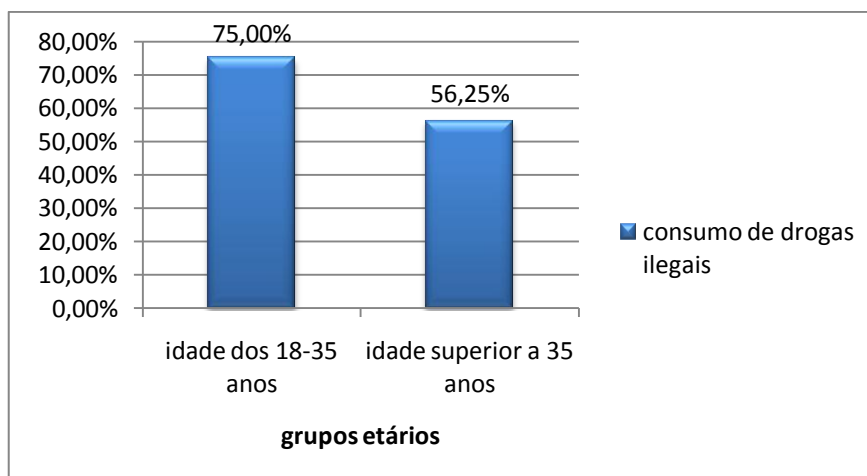


Gráfico 12- Distribuição da variável *consumo de drogas ilegais* alguma vez na vida por idade

Através do gráfico 12, verifica-se que, dos participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, 75,00% já consumiu drogas ilegais e nos mais velhos essa percentagem é de 56,25%. Contudo, tais diferenças não são estatisticamente significativas [X^2 (1) = 2,31, p = 0,13].

1.2.5.3. Consumo de drogas ilegais e escolaridade

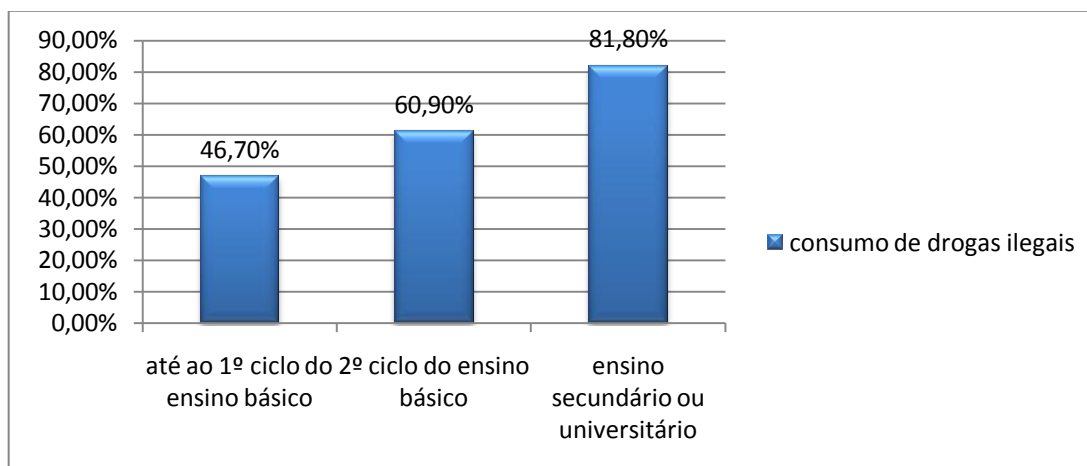


Gráfico 13- Distribuição da variável *consumo de drogas ilegais* alguma vez na vida por *escolaridade*

Tal como aconteceu para as outras duas substâncias psicoactivas, o subgrupo dos participantes com ensino secundário ou universitário apresenta maior percentagem de consumidores de drogas ilegais (81,80%), seguindo-se o dos participantes com o 2º ciclo do ensino básico (60,90%) e por último, os com 1º ciclo do ensino básico ou níveis inferiores de escolaridade (46,70%). Estatisticamente, verifica-se que tais diferenças não são significativas, embora o valor de p esteja próximo de 0,05 [$X^2 (2) = 5,12, p = 0,08$].

1.2.5.4. Drogas ilegais mais consumidas pelos reclusos

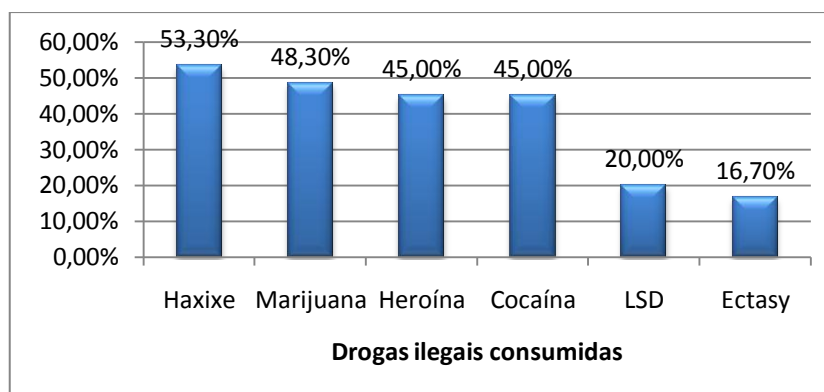


Gráfico 14- Distribuição dos participantes de acordo com as diferentes *drogas ilegais*

De referir que a maioria (53,30%) dos participantes já consumiu haxixe. Quase metade, já consumiu: marijuana (48,30%), heroína (45,00%) e cocaína (45,00%). O ecstasy (16,70%) e o LSD (20,00%) foram as drogas menos consumidas.

1.3. Analisar o estado de saúde

1.3.1 Estado de saúde avaliado através do EQ- 5d na *amostra total e em função da idade*

Tabela 6 - Tabela de Contingência: EQ- 5d e Idade

		Idade dos 18-35 anos f (%)	Idade superior a 35 anos f (%)	Total f (%)
Mobilidade	Não tenho problemas em andar	28 (46,70)	30 (50,00)	58 (96,66)
	Tenho alguns problemas em andar	0 (0)	2 (3,30)	2 (3,30)
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais	26 (44,80)	29 (50,00)	55 (94,80)
	Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	2 (3,40)	1 (1,70)	3 (5,20)
Actividades Habituais	Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	27 (46,60)	29 (50,00)	56 (96,60)
	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	0	2 (3,40)	2 (3,40)
Dor/ Mal Estar	Não tenho dores ou mal-estar	20 (35,10)	22 (38,60)	42 (73,70)
	Tenho dores ou mal-estar moderados	6 (10,50)	9 (15,80)	15 (26,30)
Ansiedade/ Depressão	Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)	16 (27,10)	15 (25,40)	31 (52,50)
	Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)	9 (15,30)	15 (25,40)	24 (40,70)
	Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)	3 (5,10)	1 (1,70)	4 (6,80)

Relativamente ao item da mobilidade, verifica-se que 96,66% dos participantes não apresenta problemas. Apenas dois participantes (6,25%) referem apresentar alguns problemas em andar, tendo estes idades superiores a 35 anos.

Quanto aos cuidados pessoais, 94,80% dos participantes não apresenta problemas. Entre os que declaram ter alguns problemas, 2 (3,40%) têm idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos e 1 (1,70%) pertence à categoria dos que têm mais de 35 anos.

Verifica-se que 96,60% dos participantes não apresentam problemas nas actividades habituais sendo que os 2 (3,40%) que apresentam dificuldades se situam na categoria dos que têm mais de 35 anos.

Quanto à dor/mal-estar, 73,70% dos participantes declara não apresentar tais sintomas, 35,10% têm idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos e 38,60% são maiores de 35 anos. Os restantes 26,30% declara mal-estar moderado sendo 10,50% dos jovens e 15,80% dos mais velhos.

Finalmente, quanto à ansiedade e depressão, 52,50% dos participantes declara não estar deprimido ou ansioso. Uma parte considerável da amostra (40,70%) declara sentir-se moderadamente ansioso ou deprimido. Este foi o único item com respostas no nível extremo: 6,80% dos participantes classifica-se neste nível.

1.3.2. Estado de saúde avaliado através do EQ- 5d por escolaridade

Tabela 7 - Tabela de Contingência: EQ- 5d por Escolaridade

		Até ao 1º ciclo do ensino básico f (%)	2º ensino ciclo do ensino básico f (%)	Ensino secundário ou universitário f (%)	Total f (%)
Mobilidade	Não tenho problemas em andar	14 (93,30)	22 (95,70)	22 (100,00)	58 (96,70)
	Tenho alguns problemas em andar	1 (6,70)	1 (4,30)	0 (0,00)	2 (3,30)
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais	14 (93,30)	20 (95,20)	21 (95,50)	55 (94,80)
	Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	1 (6,70)	1 (4,80)	1 (4,50)	3 (5,20)
Actividades Habituais	Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	13 (86,70)	21 (100,00)	22 (100,00)	56 (96,60)
	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	2 (13,30)	0 (0,00)	0(0,00)	2 (3,40)
Dor/ Mal Estar	Não tenho dores ou mal-estar	11 (78,60)	17 (77,30)	14 (66,70)	42 (73,70)
	Tenho dores ou mal-estar moderados	3 (21,40)	5 (22,70)	7 (33,30)	15 (26,30)
Ansiedade/ Depressão	Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)	6 (40,00)	12 (52,20)	13 (61,90)	31 (52,50)
	Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)	9 (60,00)	7 (30,40)	8 (38,10)	24 (40,70)
	Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)	0(0,00)	4 (17,40)	0 (0,00)	4 (6,80)

Relativamente ao item da mobilidade, verifica-se que a maioria dos participantes de todas as categorias de escolaridade não revela problemas em andar.

Quanto aos cuidados pessoais, também não se verificaram diferenças entre os indivíduos dos diferentes níveis de instrução.

Nas actividades habituais, a maioria dos participantes de todas as categorias de escolaridade não revela problemas. Os dois participantes que afirmaram ter problemas têm nível baixo de escolaridade.

No item da dor/mal-estar, em todas as categorias de escolaridade, a maioria dos participantes não revela problemas. É a categoria participantes com nível mais elevado de

instrução que apresenta maior número de indivíduos com dor ou mal-estar moderado (33,30%).

Por último, 60,00% dos participantes com o 1º ciclo do ensino básico apresenta nível moderado de ansiedade ou depressão, enquanto que 17,40% dos participantes com o 2º ciclo de ensino básico avalia-se com nível extremo de ansiedade ou depressão.

1.3.3. Auto-avaliação da saúde através do EQ-VAS na amostra total e por idade

Tabela 8- Medidas de tendência central e de dispersão da variável EQ-VAS

Média	78,37
Mediana	80,00
Desvio padrão	18,30
Mínimo	37
Máximo	100



Gráfico 15- Distribuição de médias da variável EQ- VAS por idade

Com base na tabela 7 e no gráfico 15, verifica-se que a média da auto-avaliação do estado de saúde pelo EQ-VAS é 78,37 (DP = 18,30), sendo este valor superior nas idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (84) que nos maiores de 35 anos (73). No entanto, não se detecta diferença significativa na avaliação entre os dois grupos [$t(58) = 2,36$, $p=0,31$].

1.3.4. Auto-avaliação da saúde através do EQ-VAS por escolaridade

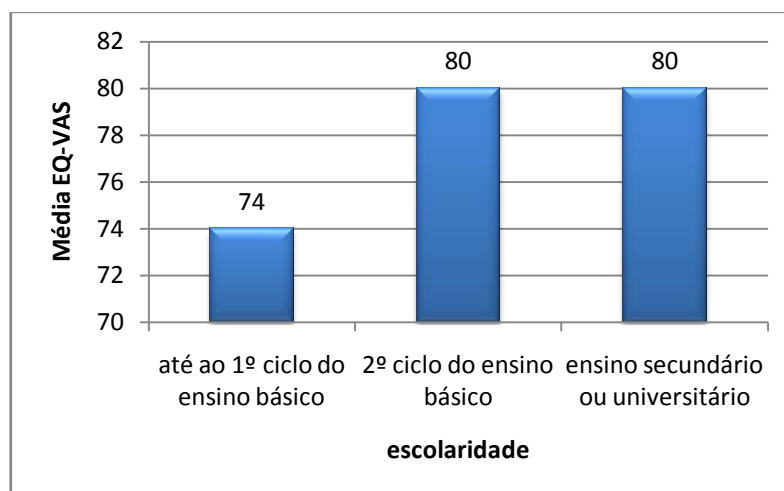


Gráfico 16- Distribuição de médias da variável EQ-VAS por escolaridade

Verifica-se que a auto-avaliação da saúde através do EQ-VAS é ligeiramente melhor nos indivíduos com níveis de instrução superiores. No entanto, tal diferença não é significativa [$F(2) = 0,66$, $p = 0,52$].

1.3.5. Estado de saúde mental avaliado através do CORE-OM na amostra total e por idade

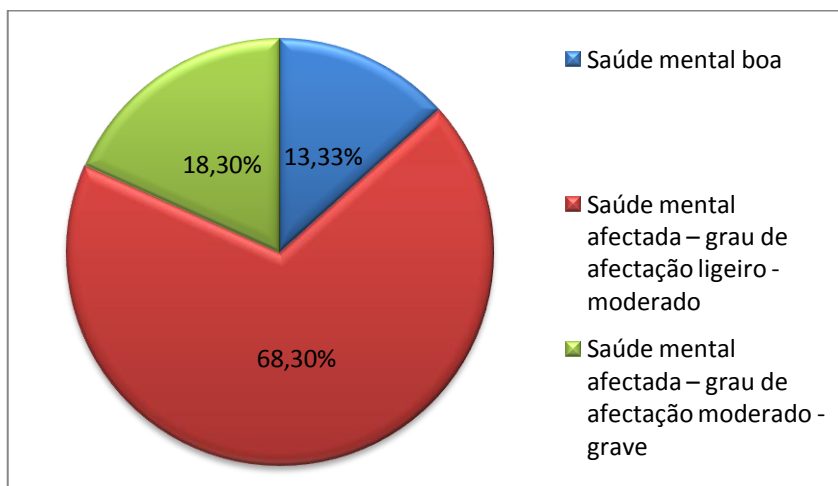


Gráfico 17- Distribuição de frequências da variável CORE-OM

Tabela 9- Tabela de Contingência: *CORE-OM e idade*

		Idade dos 18-35 anos <i>f (%)</i>	Idade superior a 35 anos <i>f (%)</i>
CORE-OM	Saúde mental boa	3 (10,70)	5 (15,60)
	Saúde mental afectada - grau de afectação ligeiro - moderado	21 (75,00)	20 (62,50)
	Saúde mental afectada - grau de afectação moderado - grave	4 (14,30)	7 (21,90)
	Total coluna % Total amostra	28 (100,00) 46,70	32 (100,00) 53,30

Observando os valores apresentados do gráfico 17 e da Tabela 9, constata-se que apenas 13,33% dos participantes apresenta uma auto-avaliação da saúde mental que pode ser considerada boa, sendo esta percentagem ligeiramente superior nos inquiridos mais velhos (15,60%). A maioria dos participantes (68,30%) auto-avalia-se com um grau de afectação da saúde mental de ligeiro (inclusive) a moderado, categoria que abrange 75,00% dos participantes mais jovens e 62,50% dos mais velhos. Os restantes 18,30% participantes, auto-avaliam-se com um grau moderado (inclusive) a grave de afectação, com maior prevalência nos participantes maiores de 35 anos (21,90%). No entanto, estas diferenças não são significativas [$t(58) = 2,52, p=0,43$].

1.3.6. Estado de saúde mental avaliado através do *CORE-OM por escolaridade*

Tabela 10- Tabela de Contingência: *CORE-OM e escolaridade*

		Até ao 1º ciclo do ensino básico <i>f (%)</i>	2º ciclo do ensino básico <i>f (%)</i>	Ensino secundário ou universitário <i>f (%)</i>
CORE-OM	Saúde mental boa	2 (13,30)	3(13,00)	3(13,60)
	Saúde mental afectada - grau de afectação ligeiro - moderado	8 (53,30)	16 (69,60)	17(77,30)
	Saúde mental afectada - grau de afectação moderado - grave	5 (33,30)	4(17,40)	2(9,10)
	Total coluna % Total amostra	15 (100,00) 25,00	23(100,00) 38,30	22(100,00) 36,70

Verifica-se que a auto-avaliação da maioria dos participantes de todos os níveis de escolaridade se situa no nível de saúde mental afectada num grau ligeiro (inclusive) a moderado. A categoria dos participantes com menor grau de instrução é a que apresenta maior número de indivíduos que se auto-avalia num grau de afectação de moderado

(inclusive) a grave (33,30%). Contudo, tais diferenças não são significativas [F (2) = 0,84, p= 0,44].

1.4. Descrição de outras variáveis de interesse para o estudo

1.4.1. Grau de *informação / consciência* relativa às consequências do consumo das substâncias psicoactivas

Tabela 11- Distribuição de frequências relativa à avaliação da *consciência/informação das consequências negativas das substâncias psicoactivas*

	Sim f (%)	Não tenho a certeza f (%)	Não f (%)
Tabaco	52 (86,70)	6 (10,00)	2 (3,33)
Alcool	52 (86,70)	3 (5,00)	3 (5,00)
Drogas ilegais	42 (70,00)	13 (21,70)	3 (5,00)

A grande maioria (86,70%) dos inquiridos julga-se informada quanto às consequências negativas do tabaco para a saúde; 10,00% declara não ter a certeza e 3,33% afirmou que o consumo de tabaco não tem consequências negativas para a saúde.

Quanto às consequências negativas do consumo de álcool, também 86,70% dos inquiridos julga-se informado, 5,00% refere não ter a certeza e os restantes 5% afirma que este consumo não tem consequências.

De referir, ainda, que 70,00% dos inquiridos declarara estar informado quanto às consequências negativas das drogas ilegais, 21,70% revelaram não ter a certeza e 5,00% julga que estas não apresentam consequências negativas.

1.4.2. Comparar o grau de *informação / consciência* relativa ao consumo das diferentes substâncias.

A análise da informação apresentada na tabela anterior sugere que a maioria dos inquiridos julga-se informada relativamente às consequências negativas das três substâncias estudadas. Nestes dados destaca-se que as drogas ilegais são avaliadas como tendo consequências negativas por menos participantes do que as drogas legais (tabaco e álcool).

2. Testes de hipóteses

2.1. Relação do consumo de substâncias com a auto-avaliação do estado de saúde

2.1.1. Consumo de tabaco e auto-avaliação do estado de saúde

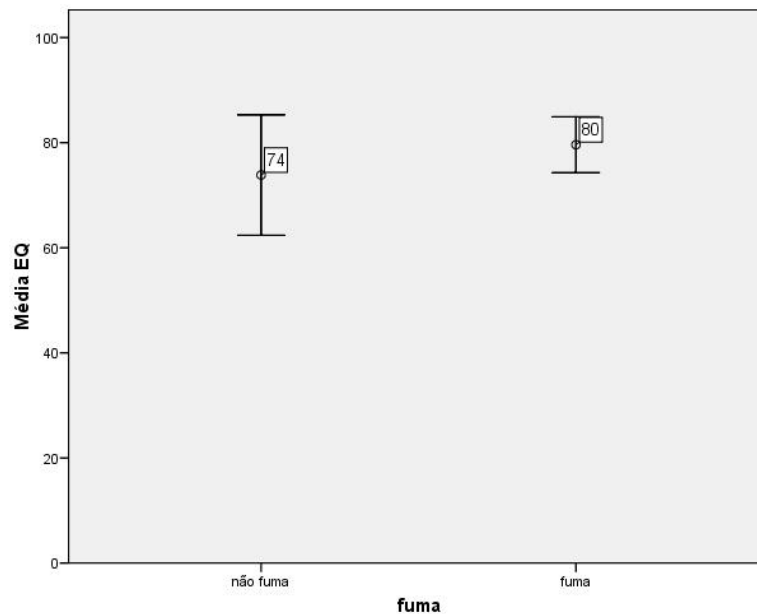


Ilustração 1- Média do resultado do EQ-VAS em relação ao consumo de tabaco

A auto-avaliação do estado de saúde realizada através do EQ-VAS apresenta uma média superior nos fumadores (80,00) do que nos não fumadores (74,00). No entanto, esta diferença não é significativa [$t(58) = 1,01$, $p=0,88$].

Tabela 12- Consumo de tabaco e CORE-OM

		Fuma <i>f</i> (%)	Não fuma <i>f</i> (%)	<i>t</i> (58)	<i>p</i>
CORE-OM	Saúde mental boa	7 (14,90)	1 (7,70)	1,27	0,21
	Saúde mental afectada - grau de afectação ligeiro - moderado	32 (68,10)	9 (69,20)		
	Saúde mental afectada - grau de afectação moderado - grave	8 (17,00)	3 (23,10)		
	Total coluna % Total amostra	47 (100,00) 78,30	13 (100,00) 21,70		

Constata-se que tanto os fumadores (68,10%) como os não fumadores (69,20%) apresentam preferencialmente um grau de afectação da saúde mental de ligeiro (inclusive) a moderado, aquando da avaliação pelo CORE-OM. Estas diferenças apresentadas não são estatisticamente significativas [$t(58) = 1,27$, $p = 0,21$].

2.1.2. Dependência de nicotina e auto-avaliação do estado de saúde

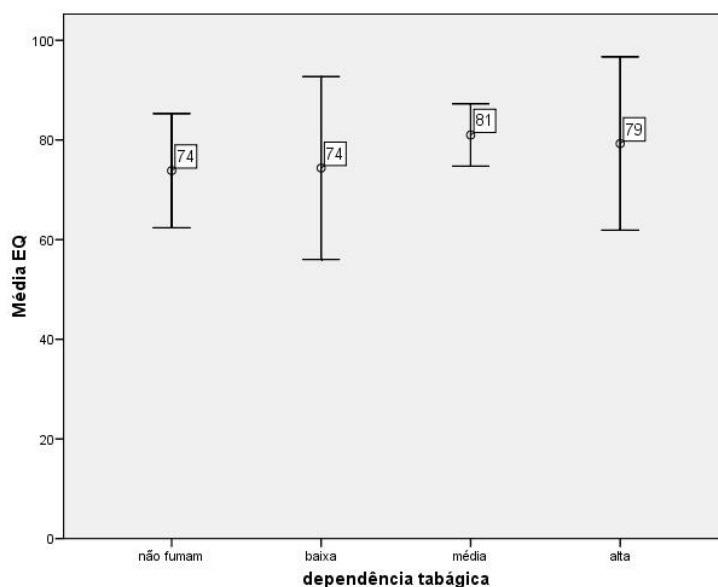


Ilustração 2- Média do resultado do EQ-VAS em relação ao resultado do FTQ

De salientar que os resultados do estado de saúde avaliados pelo EQ-VAS são muito semelhantes nas quatro categorias de dependência tabágica, embora a média seja ligeiramente superior (81) nos consumidores com dependência média. No entanto, estatisticamente, as diferenças não são significativas ($p=0,28$).

Tabela 13- Dependência tabágica e CORE-OM

		Não fumam f (%)	Dependência tabágica			F (3)	p
			Baixa f (%)	Média f (%)	Alta f (%)		
CORE-OM	Saúde mental boa	1 (7,7)	0 (0,00)	5(15,60)	2(28,60)	0,71	0,55
	Saúde mental afectada - grau de afectação ligeiro - moderado	9(69,20)	6(75,00)	23(71,90)	3(42,90)		
	Saúde mental afectada - grau de afectação moderado - grave	3(23,10)	2(25,00)	4(12,50)	2(28,60)		
	Total coluna % Total amostra	13 (100,00) 21,70	8(100,00) 13,30	32(100,00) 53,30	7(100,00) 11,70		

Através da avaliação pelo CORE-OM, constata-se que para todos os níveis de dependência tabágica o grau de afectação da saúde mental preferencial é o de ligeiro (inclusive) a moderado. Tal é corroborado estatisticamente uma vez que as diferenças observadas não são significativas [$F(3) = 0,71$, $p=0,55$].

2.1.3. Relativamente ao consumo de álcool

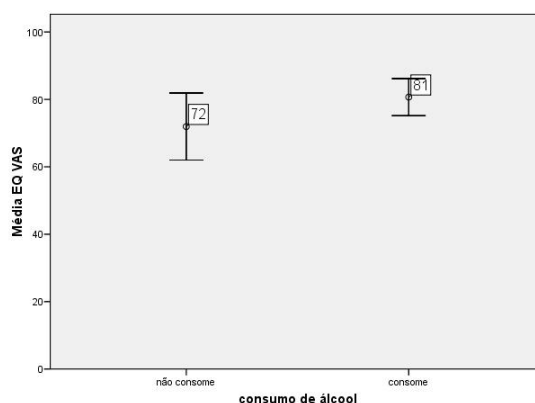


Ilustração 3- Média do resultado do EQ-VAS em relação ao consumo de álcool

A auto-avaliação realizada através do EQ-VAS apresenta uma média superior nos participantes que consomem álcool (81,00) do que nos que não consomem (72,00). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas [$t(56) = -1,70$, $p= 0,26$].

Tabela 14- Consumo de álcool e CORE-OM

		Consome f (%)	Não consome f (%)	t (56)	p
CORE-OM	Saúde mental boa	6 (15,00)	2 (11,10)	0,73	0,47
	Saúde mental afectada - grau de afectação ligeiro - moderado	26 (65,00)	13 (72,20)		
	Saúde mental afectada - grau de afectação moderado - grave	8 (20,00)	3 (16,70)		
	Total coluna % Total amostra	40 (100,00) 69,00	18(100,00) 31,00		

Constata-se que, assim como para o tabaco, tanto os consumidores (65,00%) como os não consumidores de álcool (72,20%) apresentam preferencialmente um grau de afectação da saúde mental de ligeiro (inclusive) a moderado, aquando da avaliação pelo CORE-OM. Tal é corroborado estatisticamente uma vez que, não existem diferenças significativas [$t(56) = 0,73$, $p=0,47$].

2.1.4. Relativamente ao grau de risco de dependência de álcool

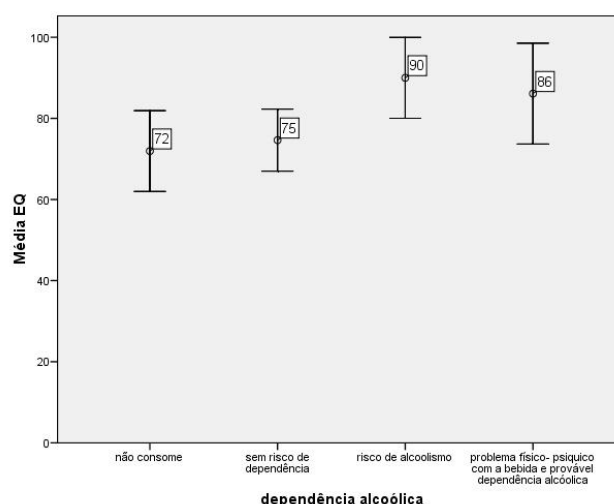


Ilustração 4- Média do resultado do EQ- VAS em relação ao resultado do AUDIT

Salienta-se que a média da auto-avaliação do estado de saúde pelo EQ-VAS foi superior nos indivíduos com risco de alcoolismo (90,00). A média dos participantes que não consomem álcool (72,00) é inferior àqueles que não apresentam risco de dependência (75), sendo esta, por sua vez, inferior relativamente aos que apresentam algum problema físico-psíquico relacionado com a bebida e provável dependência alcoólica (86,00). Existe uma diferença significativa entre os que não consomem e os que estão em risco de alcoolismo e/ou algum problema relacionado com o alcoolismo. Ou seja, os participantes com mais problemas de consumo de álcool avaliam-se com melhor saúde [$F(57) = 4,53$, $p = 0,02$].

Tabela 15 - AUDIT e CORE-OM

		Não consome f (%)	Sem risco de dependência f (%)	Risco de alcoolismo f (%)	Problemas físico-psíquico com a bebida e provável dependência alcoólica f (%)	F (57)	p
CORE-OM	Saúde mental boa	2 (11,10)	5 (22,70)	1 (11,10)	0 (0,00)	2,16	0,13
	Saúde mental afectada - grau de afectação ligeiro - moderado	13 (72,20)	14 (63,60)	7 (77,80)	5 (55,60)		
	Saúde mental afectada - grau de afectação moderado - grave	3 (16,70)	3 (13,60)	1 (11,10)	4 (44,40)		
	Total coluna % Total amostra	18(100,00) 31,00	22(100,00) 37,90	9 (100,00) 15,50	9 (100,00) 15,50		

De notar, novamente, que em todos os graus de risco de dependência alcoólica, o grau de afectação da saúde mental de ligeiro (inclusive) a moderado é o que abrange mais participantes. Verificou-se que 44,40% os indivíduos com Problemas físico- psíquico com a bebida e provável dependência alcoólica apresentam grau de afectação da saúde mental de moderado (inclusive) a grave. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas [$F(57) = 2,16$, $p = 0,13$].

2.1.5. Relativamente ao consumo de drogas ilegais

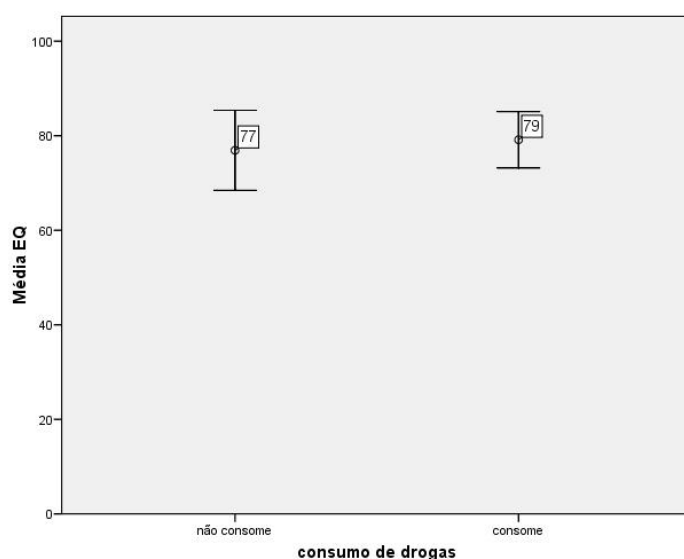


Ilustração 5- Média do resultado do EQ- VAS em relação ao consumo de drogas

A auto-avaliação realizada através do EQ não apresentou diferenças significativas em relação aos dois subgrupos, o que é comprovado estatisticamente [$t(58) = -0,45$, $p = 0,87$].

Tabela 16 - Consumo de drogas ilegais e CORE-OM

		Consome f (%)	Não consome f (%)	t (58)	p
CORE-OM	Saúde mental boa	4 (10,30)	4 (19,00)	-0,17	0,50
	Saúde mental afectada - grau de afectação ligeiro - moderado	27 (69,20)	14 (66,70)		
	Saúde mental afectada - grau de afectação moderado - grave	8 (20,50)	3 (14,30)		
	Total coluna % Total amostra	39 (100,00) 65,00	21 (100,00) 35,00		

Da tabela 16, repara-se, mais uma vez, que o grau de afectação da saúde mental de ligeiro (inclusive) a moderado apresentou-se maioritariamente nos consumidores (69,20%) e nos não consumidores (66,70%) de drogas ilegais. Dos indivíduos que consomem 20,50% apresentam grau de afectação da saúde mental de moderado (inclusive) a grave. Estatisticamente, não existem diferenças significativas entre os dois subgrupos [$t(58) = -0,17$, $p = 0,50$].

2.1.6. Relativamente à população geral

No quadro do projecto de validação do instrumento CORE-OM para a população portuguesa, no qual estamos a colaborar, foram-nos facultados os dados de uma amostra da população semelhante à utilizada no nosso estudo.

Tabela 17- Resultado do CORE-OM na população geral e na da prisão

		N	Média	Desvio Padrão	t(116)	p
CORE-OM	População Geral	59	0,76	0,49	- 4,88	0,38
	Prisão	59	1,19	0,46		

Verifica-se que a média dos resultados do instrumento CORE-OM da população geral é inferior (0,76) à da prisão (1,19) ou seja, a população geral auto-avalia-se melhor. No entanto, tal diferença não foi significativa [$t(116) = -4,88$, $p = 0,38$].

Discussão

*Aquele arbusto fenece,
e vai com ele parte da minha vida.
Em tudo quanto olhei fiquei em parte.
Com tudo quanto vi, se passa, passo.
Nem distingue a memória do que vi do que fui.*

(Ricardo Reis, Fernando Pessoa)

Este trabalho tem como objectivo geral o estudo da inter-relação entre o consumo de substâncias psicoactivas, a saúde e a saúde mental numa amostra de reclusos de dois EPs. Para tal, realizou-se um estudo descritivo transversal através da aplicação de um questionário que incluía o *FTQ* (avalia a dependência da nicotina), o *AUDIT* (avalia o consumo de álcool e os problemas associados a este), questões relacionadas com consumo de drogas ilegais, o grau de informação / consciência relativa às consequências do consumo de substâncias psicoactivas, *EQ* (avalia o estado de saúde) e o *CORE-OM* (avalia o estado de saúde mental).

São raros os estudos sobre os reclusos, uma população que é alvo de muitos mitos e estigmas. Este trabalho pretende contribuir para conhecer melhor este mundo escondido, abordando temas que são comuns e relevantes no meio prisional, como o consumo de substâncias psicoactivas, a saúde e a saúde mental.

Neste trabalho, verifica-se que a grande maioria dos reclusos consome substâncias psicoactivas, o que está de acordo com os resultados de outros estudos publicados sobre esta população. [16] [10] [29] O tabaco é a substância mais consumida, seguido pelo álcool e pelas drogas ilegais.

Apesar da prevalência elevada de consumos, a grande maioria dos participantes parece consciente dos efeitos negativos destas substâncias. Curiosamente, comparando a consciência sobre as consequências negativas das substâncias psicoactivas, esta é superior para as drogas legais relativamente às ilegais (embora neste caso seja de admitir que muitos participantes pensam em cannabis quando fazem esta avaliação).

Estes resultados podem justificar-se por múltiplas razões.

Numa primeira abordagem à caracterização da amostra é de salientar que todos os participantes são do sexo masculino, onde tende a observar-se maior prevalência do consumo de substâncias. Em 2005, 28,9% dos homens portugueses contra 11,2% das mulheres eram fumadores e 65,4% dos homens tinha bebido pelo menos uma bebida alcoólica ao longo do ano anterior contra 41,8% das mulheres. [5] Em 2007, a percentagem de homens portugueses (19,6%) que declararam ter consumido qualquer tipo de substância ilícita alguma vez na vida era muito superior ao das mulheres (5,4%). [10]

Em segundo lugar, nota-se que a maioria dos inquiridos é jovem (média 38,45 anos) o que, frequentemente, está associado a maior consumo de substâncias. Em Portugal, em 2005, o consumo de tabaco estava associado a idades mais jovens, principalmente à faixa etária dos 35 aos 44 anos. [5] A nível europeu, em 2006, 20% a 45% dos consumidores de álcool tinham idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos. [8] Um outro estudo, publicado em 2008, realizado em prisões portuguesas, verificou que a maior prevalência de consumo de drogas ilícitas se concentrava nos escalões etários: dos 15 aos 24 anos, dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos (15,5%, 19,0% e 14,9%, respectivamente). [20] Neste estudo verifica-se que os inquiridos mais novos apresentam maior consumo de tabaco e de drogas ilegais e maior grau de dependência tabágica. No entanto, os mais velhos revelam maior consumo de álcool com maior dependência alcoólica e dependência alcoólica mais frequente.

A sobrelotação das prisões pode ser outro factor, pois gera um nível de mal-estar elevado e progressivo, de difícil controlo, que leva a consumos. [30] Com efeito, os últimos dados disponibilizados pela Direcção Geral de Serviços Prisionais revelaram uma taxa de lotação de 99,1%. [31]

Alguns estudos fazem, ainda, associação entre o consumo de drogas, a pobreza e a reclusão, afirmando que “os países que têm mais reclusos são também aqueles em que há maior consumo de drogas, produtoras de grandes dependências e, ainda, aqueles que têm mais pobres”. [20]

Neste estudo, os inquiridos com nível de instrução mais alto apresentam maior consumo e dependência de substâncias. Outros estudos também concluíram que indivíduos com níveis mais altos de escolaridade fumam mais e consomem mais álcool de forma moderada. [28] [32, 33] [34] No entanto, também têm sido publicados estudos que apontam os indivíduos com baixa escolaridade como maiores consumidores de substâncias psicoactivas. [5] [30] [35] [36] [37]

Quanto à auto-avaliação da saúde, a média através do EQ-VAS apresenta um nível razoável (78,37) e a grande maioria dos participantes auto-avalia-se sem problemas nas cinco dimensões do EQ-5d. As respostas de nível extremo apenas se verificaram na dimensão da ansiedade e depressão, maioritariamente nos participantes mais jovens e nos que têm o 2º ciclo do ensino básico. A saúde mental quando avaliada pelo CORE-OM apresenta-se maioritariamente com grau de afectação de ligeiro (inclusive) a moderado. Os resultados de nível bom apenas se verificam numa minoria dos participantes. Quando comparada a auto-avaliação da saúde mental da população geral com a da amostra deste estudo, aquela apresentou melhores resultados mas, esta diferença não foi estatisticamente significativa. A afectação da saúde mental parece ser mais grave nos participantes mais velhos e com nível de instrução mais baixa.

Ao contrário das hipóteses que orientaram este estudo, a auto-avaliação de saúde pelo EQ- VAS é melhor nos reclusos fumadores com dependência média da nicotina bem como, nos consumidores de álcool com risco de alcoolismo e/ou com provável dependência e problemas associados ao consumo de álcool.

A auto-avaliação da saúde mental, pelo CORE-OM, foi considerada boa, principalmente, nos fumadores com alta dependência da nicotina e, nos consumidores de álcool mas sem risco de alcoolismo. Por outro lado, o pior grau de afectação de saúde mental regista-se maioritariamente nos consumidores com maior dependência de álcool assim como, nos consumidores de drogas ilegais.

Estes resultados nem sempre foram significativos. No entanto, a sua consistência, a par com a reduzida dimensão da amostra, sugere a possibilidade de uma associação entre o consumo de substâncias e uma auto-avaliação mais positiva da saúde e da saúde mental. A confirmar-se, esta relação aponta para uma função adaptativa do uso de substâncias psicoactivas quando as pessoas se encontram em condições muito difíceis como serão certamente as que marcam a vida numa prisão.

Outros estudos concluíram que o consumo de substâncias está associado a pior saúde mental, de acordo com critérios de diagnóstico clínicos ou epidemiológicos. [11] [38] [39] [40] No entanto, uma diferença importante entre esses estudos e o que agora apresentamos é que este estudo foi baseado na auto-avaliação dos reclusos.

A relação encontrada neste estudo levanta algumas questões quanto à falsa avaliação da saúde nos consumidores de substâncias psicoactivas. São múltiplos os factores que podem justificar este cenário, como a reduzida escolaridade da maioria dos reclusos, o papel das substâncias psicoactivas num meio gerido por “outras leis” e o efeito do grupo de pertença.

As características da população prisional como a sua baixa escolaridade, as quase inexistentes formação e experiência profissional, a marginalização familiar e social e o baixo QI, podem causar esta avaliação *distorcida*. [41] [42] Corroborando estes resultados, um estudo de 2005 indicou que os reclusos jovens com consumo preferencial de cocaína e ainda os mais jovens, caracterizados pelo policonsumo (haxixe, *ecstasy*, cocaína, LSD, álcool) não se consideravam dependentes, apresentavam-se sem motivação para mudar e não encontravam resposta nas abordagens habituais para tratar a toxicodependência e o consumo de drogas em meio prisional. [41]

As drogas são mais valorizadas nestes contextos de privação de liberdade. É em muitos casos devido às drogas, por vezes drogas consideradas duras e causadoras de grande dependência, como a heroína e a cocaína, que os reclusos acabam por ser detidos, quer por crimes directamente relacionados com o consumo de substâncias ilícitas, quer por crimes para obter dinheiro para as adquirir. No entanto, é de realçar que não é no interior das

prisões que os reclusos se tornam toxicodependentes. Existe também uma quebra do consumo no meio prisional, pois o acesso às substâncias é mais difícil. [20]

As substâncias psicoactivas, principalmente o tabaco, são consideradas como parte da cultura da prisão. Os cigarros no meio prisional desenvolvem múltiplas funções. Servem de moeda, de meio de controlo social e de símbolo de liberdade num grupo com poucos direitos e privilégios. O tabaco ajuda ainda a diminuir o stress causado pelas transferências, audiências em tribunal e visitas. [43]

Também se pode questionar se a causa deste desajuste não será o efeito do grupo de pertença. O recluso perde duplamente a sua liberdade, por um lado, por estar sob as leis do sistema penal e, por outro lado, porque se submete à pressão do grupo consumidor em detrimento da sua autonomia. Isto é, o normótico não consegue perceber que é nas escolhas individuais, na mais ampla liberdade do homem, que se encontra o potencial de saúde.

Este estudo apresentou algumas limitações. A reduzida dimensão da amostra condicionou algumas análises e pode ter conduzido a erro tipo II (aceitar H0 quando H0 está errada)

A representatividade da amostra é fraca tendo em conta que os dados foram recolhidos em apenas dois EPs e que só tem elementos do sexo masculino, o que impede a generalização dos resultados para a população de reclusos do País.

O carácter transversal do estudo não permite avaliar a direcção das relações entre variáveis nem detectar flutuações no comportamento, na saúde e na saúde mental dos reclusos.

Por último, a operacionalização dos conceitos, em especial os conceitos de saúde e de saúde mental, baseou-se em instrumentos também com limitações reconhecidas (e.g., auto-relato) e com âmbito limitado relativamente à abrangência destes conceitos.

Reflexão final

A alta percentagem de reclusos consumidores de substâncias representa um importante problema de saúde pública. Por um lado, o seu consumo constitui um factor de risco para numerosas patologias preveníveis e para a criminalidade. [20] Esta associação entre a violência e o consumo de substâncias merece um estudo mais aprofundado a fim de aumentar o conhecimento e identificar métodos que possam contribuir para a saúde da população e para a prevenção da violência.

Outro ponto a ponderar será o facto das altas dependências às substâncias e as trajectórias de consumo longas causarem grandes dificuldades nos processos de abandono do consumo. A pena de prisão poderá ser uma oportunidade privilegiada para fornecer tratamento adequado para os diversos problemas de adicção. [20] Verifica-se que se os indivíduos com problemas de dependência não forem reconhecidos nem tratados quando

presos, podem desenvolver comportamentos perigosos pondo em risco a sua própria vida e a dos outros. O consumo de drogas ilegais tende a ser mais perigoso dentro das prisões do que fora delas devido à sua escassez e à falta de equipamento injectável esterilizado. A OMS revelou que para cada dólar investido no tratamento de toxicodependência, 7 dólares são poupados nos custos sociais e da saúde. [44]

Um estudo feito nas prisões portuguesas em 2006 apontou para a falta de incentivos na educação para a saúde nos meios prisionais assim como a dificuldade que os reclusos tinham de aceder a programas de cessação de consumo. [41]

A nível nacional, algumas medidas têm sido tomadas no sentido de diminuir o consumo e a dependência de substâncias psicoactivas. Quanto ao consumo de tabaco, a Lei Anti-Tabaco prevê uma excepção à proibição de fumar nos EPs. Nos termos da Lei: “podem ser criadas nos EPs unidades de alojamento, em celas ou camaratas, para reclusos fumadores”. [45] Quanto ao consumo de drogas ilegais, foram estabelecidos vários acordos de colaboração entre EPs e Centros de Apoio à Toxicodependência (CAT), permitindo uma continuidade dos programas de substituição, com metadona ou subutex, iniciados em liberdade nos CAT. Este programa mostrou resultados positivos. Um estudo posterior nos EPs verificou que, dos 4.130 consumidores identificados, 808 (19,6%) encontravam-se em programas de tratamento. Destes, 233 reclusos frequentavam programas centrados na abstinência, 131 estão em alas livres de droga, 49 em comunidade terapêutica e 53 em programa de antagonista, não separados dos restantes reclusos. [41] Um outro estudo, revelou que a larga maioria dos reclusos consumidores de drogas considerava que tanto o actual tratamento como o último realizado na comunidade, produziam efeitos positivos no seu estado de saúde quer físico, quer psicológico. [30]

Sublinha-se, novamente, o papel privilegiado das prisões como primeiro espaço de tratamento enquanto os indivíduos estão sob custódia, encorajando, ainda, o contacto com outros centros de tratamento aquando da libertação.

Sugestões para trabalhos futuros

Pelos resultados obtidos neste estudo e pela limitações de investigações idênticas em Portugal, justifica-se o alargamento do campo de estudo a outros EPs.

Importa que outros estudos tragam continuidade a este trabalho e aumentem o conhecimento nesta área, estudando a relação do estado de saúde mental com outras variáveis como os anos de prisão, causa da condenação, padrão do sono, perturbações alimentares, ideação suicida, entre outros.

Recomenda-se, ainda, a realização de estudos longitudinais, com objectivo de avaliar a evolução do estado da saúde mental ao longo dos vários anos de pena e não apenas no momento.

Referências

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. New York: Official Records of the World Health Organization; 1946 June. 100 p.
2. World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: Office of Publications, World Health Organization; 2001. ISSN 1020-3311.
3. Amadera G. Critérios Médico-Psiquiátricos para Diagnóstico de Dependência Química - Mudança de Paradigma DSM-IV x DSM-V. KIAI.med.br. [Internet] 2010 [acedido em Abril de 2011]. Disponível em: <http://www.kiai.med.br/drogas/criterios-medico-psiquiatricos-para-diagnostico-de-dependencia-quimica-mudanca-de-paradigma-dsm-iv-x-dsm-v-550/>
4. World Health Organization. Tackling Europe's major diseases: the challenges and the solutions. Copenhagen: Press and Media Relations, WHO Regional Office for Europe; 2006.
5. Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2009. ISSN: 1646-4052.
6. TNS Opinion & Social. Special Eurobarometer 332- Tobacco. Brussels: European Commission; 2010. p. 8- 25.
7. McNeill A. A Smoking and Mental Health: Review of the literature. SmokeFree Londn Progr. 2001 December.
8. Anderson P e Baumberg B. O álcool na Europa. England: Institute of Alcohol Studies; 2006.
9. Sadock BJ e Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
10. EMCDDA. Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia; 2009. ISSN: 1609-6150.

11. DA R *et al.* Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. National Institute of Mental Health [Internet]. 1990 [acedido em Abril de 2011]; 264(19): 2511-8.
Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/2232018?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m,isrctn>
12. World Health Organization. Health Systems Financing: The path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010. p. 1-18. ISBN: 978 92 4 156402 1.
13. Bjørngaard JH, Rustad ÅB e Kjelsberg E. The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. BMC [Internet]. 2009 [acedido em Abril de 2011]; doi: 10.1186/1472-6963-9-176. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/176>
14. Fellner J. A Corrections Quandary: Mental Illness and Prison Rules. 41^a ed. London: Harv. CR-CLL; 2006 July.
15. Teixeira JM. Saúde Mental nas Prisões. Revista Saúde Mental [Internet]. 2004 Maio/Abril [acedido em Março de 2011]; 6(2): 7-10. Disponível em: http://www.saude-mental.net/pdf/vol6_rev2_editorial.pdf
16. Trust PR. Mental health crisis amongst male prisoners. London: Mind; 2004.
17. Ritter C *et al.* Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. Geneva: J Public Health Policy [Internet]. 2010 [acedido em Maio de 2011]; 32(1): 32-45.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160535>
18. Hoffmann NG. Annual Report 2002: Diagnosis of substance use disorders. Minnesota: E. Clin. Assess; 2002.
19. Jones GY e Hoffmann NG. Alcohol dependence: international policy implications for prison populations. Subst. AT PP [Internet]. 2006 [acedido em Fevereiro de 2011]; doi: 10.1186/1747-597X-1-33. Disponível em: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/1/1/33>
20. Torres A. Drogas e Prisões: Portugal 2001- 2007. Lisboa: Estudos Universidades; 2007. ISSN: 978-972-9345-72-2.

21. S V *et al.* Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2011 [acedido em Fevereiro de 2011]; 34(1): 71-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21122917>
22. Costa AD. Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto: Motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22:27-38.
23. Babor T F, Higgins-Biddle J C *et al.* AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001.
24. Ferreira, L N. Utilidades, QUALYS e medição da qualidade de vida. Documento de trabalho nº 1/2002. Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2002.
25. Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J, e Cahill J. A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE. *System Counselling & Psychotherapy Research*. 2006; 6(1): 3-15.
26. Halty LS, Huttner MD, Neto ICDO, Santos VAD, Martins G. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerstrom (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J. Pneumol*. 2002; 28(4): 180-6.
27. Portilla G, Bascarán M P *et al.* Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 4ª Ed. Barcelona: Ars Medica; 2006.
28. Evans C *et al.* Towards a standardised brief outcome measure psychometric properties and utility of CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2002 [acedido em Maio de 2011]; 180: 51-60.
Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/180/1/51>
29. Fazel S, Bains P e Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Society for the Study of Addiction*. 2005 Feb; 101(2):181-91.
30. Fernandes L e Silva M. O que a droga fez à prisão: um percurso a partir das terapias de substituição opiácea. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência; 2009. p. 134. ISBN: 978-972-9345-68-5
31. Direcção de Estabelecimentos Prisionais. Distribuição dos Reclusos por Situação

Penal, Sexo e Tipo de Estabelecimento / Lotação e Taxa de Ocupação. Lisboa: DSPR Externas; 2011(1º trimestre).

32. Levy DT, Mumford EA e Compton C. Tobacco control policies and smoking in a population of low education women, 1992-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60 (Suppl 2):20-6. doi:10.1136/ jech.2005.045542
33. Lopes C, Andreozzi VL, Ramos E, *et al*. Modelling Over Week Patterns of Alcohol Consumption. *Alcohol Alcohol* 2008; 43:215-222.
34. Kesse E, Clavel-Chapelon F, Slimani N, *et al*. Do eating habits differ according to alcohol consumption? Results of a study of the French cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Am J Clin Nutr* 2001;74:322-327.
35. Crum RM, Helzer JE e Anthony JC. Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. *Am J Public Health*. 1993 Jun; 83(6):830-7.
36. Crum RM e Anthony JC. Educational level and risk for alcohol abuse and dependence: differences by race-ethnicity. *Ethn Dis*. 2000; 10(1):39-52.
37. Adlaf E, Ialomiteanu A, Rehm J. Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2005. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. ISBN: 978-0-88868-735-7.
38. Cuijpers P, Smit F, ten Have M, de Graaf R. Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders: a prospective population-based study. *Addictio*. 2007; 102(8): 1303-9.
39. Farrell M, Howes S *et al*. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Int Rev Psychiatry*. 2003 Feb-May; 15(1-2): 43-9.
40. Martínez-Ortega J M, Jurado D, Martínez-González M A, Gurpegui M. Nicotine dependence, use of illegal drugs and psychiatric morbidity. *Addictive Behaviors*. 2006 [acedido em Maio de 2011]; doi: 10.1016/j.addbeh.2005.12.012. Disponível em: <http://hera.ugr.es/doi/16515717.pdf>

41. Grupo de Trabalho do Ministério da Justiça e da Saúde. Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. Despacho conjunto n.º 72/2006. 2006.
42. Prisons HMI. Unjust Deserts: a Thematic Review by HM Chief Inspector of Prisons of the Treatment and Conditions for Unsented Prisoners in England and Wales. London: Home Office; 2000 [acedido em Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.justice.gov.uk/downloads/publications/inspectoratereports/hmipris/unust-rps.pdf>
43. Richmond R et al. Tobacco in prisons: a focus group study. School of Public Health and Community Medicine [Internet]. 2009; 18:176-182. doi:10.1136/tc.2008.026393.
44. World Health Organization. ATLAS 2010: First global report on substance use. Geneva/Valencia: NMH; 2010. ISBN: 978 92 4 150061 6.
45. República, Ad. Lei n.º 37/2007. 156. Diário da República; 2007.

Anexos

Questionário

Por favor, responda com a máxima sinceridade.

Todas as informações fornecidas serão tratadas com a mais estrita confidencialidade. Este questionário será utilizado no âmbito da minha tese de Mestrado em Medicina.

Idade: _____

Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e escrever	
1º Ciclo do ensino básico	
2º Ciclo do ensino básico	
Ensino secundário	

1. Assinale com uma cruz (assim ☒), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

a. Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ☐
- Tenho alguns problemas em andar ☐
- Tenho de estar na cama ☐

b. Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ☐
- Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ☐
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a) ☐

c. Actividades Habituais

(ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ☐
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ☐
- Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ☐

d. Dor/Mal Estar

- Não tenho dores ou mal estar ☐
- Tenho dores ou mal estar moderados ☐
- Tenho dores ou mal estar extremos ☐

e. Ansiedade/Depressão

- Não estou ansioso(a) ou deprimido(a) ☐
- Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a) ☐
- Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a) ☐

2. Para ajudar as pessoas a definir o seu bom ou mau estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde hoje. Por favor, desenhe uma linha a partir do zero, até ao ponto da escala que melhor indica o seu estado de saúde hoje.

O melhor estado
de saúde
imaginável

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

O pior estado de
saúde imaginável

3. Este questionário tem 34 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana.

Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

Durante a última semana...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre
1. Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2. Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
3. Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
4. Tenho-me sentido bem comigo próprio/a	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
5. Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
6. Fui violento/a fisicamente com outras pessoas	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7. Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
8. Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
9. Pensei em fazer mal a mim próprio/a	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
10. Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
11. A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
12. Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
13. Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
14. Tenho sentido vontade de chorar	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
15. Senti pânico ou terror	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
16. Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
17. Senti que os meus problemas são demais para mim	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
18. Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
19. Senti que tenho pessoas de quem gosto	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre
20. Não consegui pôr os meus problemas de lado	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
21. Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
22. Ameacei ou fiz alguém sentir medo	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
23. Senti-me desesperado/a ou sem saída	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
24. Pensei que era melhor se eu estivesse morto/a	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
25. Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
26. Senti que não tinha amigos	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
27. Tenho-me sentido triste	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
28. Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
29. Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
30. Tenho-me sentido culpado/a pelos meus problemas	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
31. Tenho-me sentido optimista em relação ao meu futuro	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
32. Tenho conseguido as coisas que queria	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
33. Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
34. Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

4. Nas questões que se seguem, indique qual a opção que melhor traduz a sua situação.

Nota: Apenas pode colocar uma cruz (assim ☒) em cada questão.

a. Fuma?

- Sim ☐ (1)
- Não ☐ (0)

Se não fuma, passe para a questão 5, por favor.

b. Quanto tempo depois de se levantar fuma o 1º cigarro ?

- Primeiros 5 minutos ☐ (0)
- 6-30 minutos ☐ (1)
- 31 – 60 minutos ☐ (2)
- Mais de 60 minutos ☐ (3)

c. Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido ?

- Sim ☐ (1)
- Não ☐ (0)

d. Qual é o cigarro que mais o satisfaz?

- O 1º da manhã ☐ (1)
- Qualquer outro ☐ (0)

e. Quantos cigarros fuma por dia ?

- ≤ 10 ☐ (0)
- 11 - 20 ☐ (1)
- 21 - 30 ☐ (2)
- ≥ 31 ☐ (3)

f. Fuma mais no começo do dia ?

- Sim ☐ (1)
- Não ☐ (0)

g. Fuma mesmo quando está doente?

- Sim ☐ (1)
- Não ☐ (0)

5. Questões	0	1	2	3	4	
a. Qual é a frequência com que consome bebidas alcoólicas?	Nunca	Pontualmente	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana	
b. Quantas bebidas alcoólicas bebe normalmente num dia típico de consumo?	0, 1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou mais	
c. Quantas vezes bebe 6 bebidas alcoólicas ou mais, numa só ocasião?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase	
d. No ano passado, quantas vezes achou ser incapaz de parar de beber uma vez que tinha começado?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase	
e. No ano passado, quantas vezes deixou de fazer aquilo que deveria por causa do álcool?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase	
f. No ano passado, quantas vezes teve que beber álcool de manhã para se sentir capaz de trabalhar depois de uma bebedeira?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase	
g. No ano passado, quantas vezes teve um sentimento de culpa depois de beber?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase	
h. No ano passado, quantas vezes não se lembrou do que se passou na noite anterior porque esteve a beber álcool?	Nunca	Menos de uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase	
i. Já alguma vez esteve envolvido em acidentes dos quais resultassem feridos por causa do álcool?	Não		Sim, mas não no ano passado		Sim, no ano passado	
j. Alguma vez alguém (um amigo, um médico, um profissional de saúde) tentou motivá-lo a deixar de beber?	Não		Sim, mas não no ano passado		Sim, no ano passado	
					total	

6. Nas questões que se seguem, assinale a sua resposta com uma cruz (assim ☒).

a. Já experimentou alguma das seguintes substâncias? (pode assinalar várias opções)

- Cocaína ☐
- Ecstasy ☐
- Haxixe ☐
- Heroína ☐
- LSD ☐
- Marijuana ☐
- Nunca experimentei nenhuma delas ☐

b. Relativamente ao **consumo destas substâncias**, seleccione com uma cruz (assim ☒), a opção que acha mais correcta:

- Não têm consequências maléficas para a saúde ☐
- Têm consequências maléficas para a saúde ☐
- Não tenho a certeza das consequências que poderão ter para a saúde ☐

7. E em relação ao **tabaco**, pensa estar informado sobre as suas consequências para a saúde?

- Sim ☐
- Não ☐
- Não tenho a certeza ☐

8. Finalmente, em relação ao **álcool**, sente-se informado sobre as suas consequências na saúde?

- Sim ☐
- Não ☐
- Não tenho a certeza ☐

Obrigada pela sua disponibilidade para responder a este questionário.